

問診票（小児）

年 月 日

フリガナ			生年月日	H・R	年	月	日
お名前		男・女	年齢	(歳	カ月)	
住所	〒 (新規の方・変更のある方)			体重			
電話番号	(自宅)			(携帯)			
通園・通学施設名 () 保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし							

今日の体温： °C ※解熱剤の使用 なし あり→ (時 分) 使用

どんな症状がありますか？

発熱 頭痛 倦怠感 咳 鼻水 痰 のどの痛み 発疹 (部位：)
吐気 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 舌下免疫療法 その他 ()

周囲で流行している病気はありますか？

なしインフルエンザ RSウイルス 胃腸炎 溶連菌 アデノウイルス 手足口病ヒトメタニューモウイルス ヘルパンギーナ 新型コロナウイルス その他()

どの形状のお薬が飲めますか？

シロップ 粉薬 錠剤またはカプセル どの形状でもいい(1日2回の処方希望) ※ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。

解熱剤は必要ですか？

いらぬ いる→坐薬 シロップ 粉薬 錠剤 どの形状でもいい

けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？

なし あり→最後にけいれんを起こしたのはいつ頃ですか？ (頃)

アレルギーはありますか？

なし あり → ()

現在、他の病院に通院されていますか？

いいえ はい ※病名： ※手術：

現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい ※お薬手帳を見せてください。

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

いいえ はい ※病名：

●本日はどちらをご持参されましたか？

資格確認書 マイナンバーカードの保険証 (以下、マイナ保険証)

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします

あなたの診察情報 (服薬歴・健診歴等) を当院が取得することに同意されますか？

同意する 同意しない

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。厚生労働省の規定により医療情報取得加算の算定をさせていただきます。