

問診票(小児科)

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	年齢	希望する医師名								
<p>1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。 ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 (マイナ保険証を利用しない場合) ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)</p> </div>											
<p>2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>											
<p>3. 本日はどのようなことで受診されましたか？</p> <p>症状 ()</p> <p style="text-align: center;">※詳しくは2枚目でおたずねします</p>											
<p>4. 現在、他の病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい *お薬手帳 <input type="checkbox"/>持参あり <input type="checkbox"/>持参なし</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">(病名)</td> <td style="width: 25%;">(病院名)</td> <td style="width: 25%;">(薬名)</td> <td style="width: 25%;">1日 回 日分)</td> </tr> <tr> <td>(病名)</td> <td>(病院名)</td> <td>(薬名)</td> <td>1日 回 日分)</td> </tr> </table>				(病名)	(病院名)	(薬名)	1日 回 日分)	(病名)	(病院名)	(薬名)	1日 回 日分)
(病名)	(病院名)	(薬名)	1日 回 日分)								
(病名)	(病院名)	(薬名)	1日 回 日分)								
<p>5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>(年齢 : 病名:)</p>											
<p>6. この1年間で健診を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (いつ: 指摘事項:)</p>											
<p>7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？</p> <p>薬 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p> <p>食べ物 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p> <p>金属 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p>											
<p>8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>している <input type="checkbox"/>可能性がある</p> <p>授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>											
<p>9. 喫煙・飲酒についてお答えください</p> <p>喫煙 : <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(本/日、喫煙歴 年間)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>以前吸っていた(本/日、喫煙歴 年間)(年前にやめた)</p> <p>アルコール : <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (何を どれくらい)</p>											
<p>10. 最近の身長・体重を教えてください</p> <p>身長 _____cm 体重 _____kg</p>											

※2枚目もあります

3. に記入した症状についておたずねします

いつからどのような症状がありますか？現在ある症状に○をつけ、空欄に記入してください。

・発熱（ 日の朝・昼・夜から °C位） 現在の体温： °C

解熱剤使用の有無 無・有（最終使用 月 日 時頃）

・咳（ 日から）

・鼻水 鼻づまり（ 日から）

・下痢（ 日から 回/日 便の色 ）

・吐き気 嘔吐（ 日から 回/日 最終 日 時頃）

・痛み（ 頭 おなか のど その他 ）（ 日から）

・発疹（ 日から 部位 ）

・その他（ ）

* 上記の症状で他院を受診したことがありますか？

いいえ はい（病院名： ）（いつ頃 月 日）

* 1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？ ある・ない

【その他】該当するところに○をつけてください。

・食事量（普通・少なめ・まったくとれず）

・水分量（普通・少なめ・まったくとれず）

・機嫌/活気（良い・悪い）

・睡眠（普通・ときどき起きる・ほとんど眠れず）

* 希望の薬の形態（粉・シロップ・錠剤）

* 解熱剤の希望 不要・要（座薬・粉・錠剤）

出生時の状況 発達 正常・遅れあり（ ）

* 在胎週数 週 日

* 出生体重 g ・ 身長 cm

家族構成



本人に○印を記入

父 歳 第1子 歳（男・女）

母 歳 第2子 歳（男・女）

第3子 歳（男・女）

予防接種（接種済みのものに○をつけ回数を記入してください。）

* ヒブ（ ）回 * 肺炎球菌（ ）回 * 四種混合（ ）回 * ロタウイルス（ ）回

* B型肝炎（ ）回 * MR（ ）回 * 水痘（ ）回 * おたふく（ ）回

* 日本脳炎（ ）回 * その他（ ）