

小児科 初診問診票

初診日付 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 男・女 体温()度
 生年月日 S・H・R _____ (才 ヶ月) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 ()園 ()小学校 ()中学校
 住所〒 _____ 自宅電話 _____ () _____
 携帯電話 _____ () _____ 母・父

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？

はい・いいえ

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お願い致します。

2. 本日の来院目的を教えてください(相談したいこと、質問したいことなど)

3. いつからどのような症状がありますか 例：咳(1/1～)、鼻水(昨日から)

発熱() 咳() 鼻水() のどの痛み() ゼーゼー() 嘔吐() 下痢()
 腹痛() 発疹() 腹痛() その他()

4. ご家族について教えてください(家族構成など)

年齢	既往症	アレルギーの有無
父 ()	_____	無・有()
母 ()	_____	無・有()
()	_____	無・有()
()	_____	無・有()
()	_____	無・有()

5. 今飲んでいる(使っている)薬について教えてください

6. 飲み薬の希望に○をつけてください： 散剤(紛薬) 錠剤(粒) 何でも可 シロップ※シロップは院外処方

7. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください ()内にかかった月齢・年齢

突発性発疹() 熱性けいれん() 気管支喘息() 花粉症()
 アトピー性皮膚炎() 水ぼうそう() 麻疹() 風疹() おたふく風邪()
 その他: _____

8. アレルギーがあれば教えてください

食物() 薬剤()
 その他()

9. 今までにおこなった予防接種に○をつけてください

ヒブ(回) 肺炎球菌(回) 四種混合(回) 三種混合(回) ポリオ(生 回、不活化 回)
 BCG MR(麻疹・風疹)(回) 日本脳炎(回) DT(破傷風・ジフテリア) B型肝炎(回)
 水ぼうそう ロタ(回) おたふくかぜ(回) 子宮がん(回)

10. 当院をどのように知りましたか 1.紹介 2.知人 3.ネット 4.前を通った 5.その他 _____