

問診票 (小児科)



年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	
氏名		年 月 日 (歳 か月)	
住所 〒		電話番号 自宅 () 携帯 ()	
緊急連絡先 ()		氏名	続柄
体重 kg	お熱 °C	保育園・幼稚園・小学校・中学校	

- 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? いいえ・はい
- マイナ保険証は(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)お持ちですか?
いいえ
はい → 診療情報の取得に同意されましたか? いいえ・はい

◎本日はどのような症状で来院されましたか?

- 発熱 最高 °C 月 日 時頃 頭痛 のどの痛み 咳 たん
- 鼻水 鼻づまり 食欲がない 嘔気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘 息苦しさ 発疹
- その他

・その症状はいつからですか?



- 1か月以内の渡航歴はありますか? いいえ・はい (国名)
- 1か月以内の国内の旅行歴はありますか? いいえ・はい (地名)
- 熱性けいれんを起こしたことはありますか? いいえ・はい
- お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか?
いいえ
はい → 薬 () 食べ物 ()

- 他の医療機関の診察を受けていますか?
いいえ
はい → ※マイナ保険証による同意をされた方とお薬手帳をお持ちの方は記載省略可能
 医療機関名
 治療内容
 薬剤名 投与期間

- これまでに入院や手術を要する病気等にかかったことはありますか?
いいえ
はい → 医療機関名
 病名
 時期
 治療内容

- 下記の予防接種は済んでいますか? ※母子手帳をお持ちの方は記載省略可能
- | | | | | | | | | | |
|-----------|---|------|-----|--------|---|---------|-----|------|---|
| ヒブ | 回 | 肺炎球菌 | 回 | ロタウイルス | 回 | BCG | 済・未 | B型肝炎 | 回 |
| 三種混合/四種混合 | 回 | MR | 回 | 水痘 | 回 | おたふく | 回 | | |
| 日本脳炎 | 回 | 二種混合 | 済・未 | 子宮頸がん | 回 | インフルエンザ | | その他 | |



当院は、マイナ保険証や問診票等を通じて患者の医療情報を取得・活用する事により、質の高い医療提供を努めており、医療機関・システム基盤整備体制加算の算定医療機関です。正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証のご利用にご協力お願い致します。