

小児科 問診票

ふりがな		体 重	生年月日
お子様の お名前	男 女	Kg	平成 令和 年 月 日生 歳
住所	〒		
自宅電話	携帯電話		
兄弟構成	ひとり () 人兄弟 () 番目		

- 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

あり→医療機関名 ()
なし

- マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

あり
 →本日、診療情報取得に同意されましたか？(はい いいえ)
なし

- いつ頃からどのような症状がありますか？（以下のあてはまる症状にチェックをつけて下さい。）

・今日 ・昨日 ・2日前 ・3日前 4日以上前 ()
発熱(最高 °C)(来院前 °C) 頭痛 咽頭痛 咳 ゼーゼー 痰(色)
鼻水 腹痛 嘔吐 下痢 便秘 耳の痛み 喘息 発疹(部位)
 ・水分 とれる とれない おしっこ でる でない 食欲 ある ない
 その他 ()

- これまでに薬（注射）や食べ物で発疹が出たり、体調が悪くなったことはありますか？

あり→いつ頃 () 症状 ()
 →どのような薬・食べ物で ()
なし

- 現在、療養中の病気はありますか？また、現在飲んでいる薬はありますか？

あり→通院中の医療機関名 () 最終受診日 ()
 病名 ()
 →お薬 ()
なし

お薬手帳、または診療情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付でお出し下さい。

※マイナ保険証による情報提供に同意頂いた方は、直近1ヶ月以内の処方箋以外は省略可。

【 】

→裏面もあります。

● これまでにかかられた病気はありますか？

突発性発疹 はしか 風疹 水痘 おたふくかぜ 喘息 川崎病 アトピー性皮膚炎 先天性心臓病 熱性けいれん（回数 回） 肝臓病

その他（ ）

*入院や手術を要する病気など

あり いつ（ 歳頃）（医療機関名 ）
（病名 ）

なし

● これまでに受けた予防接種の有無 ※母子手帳持参の方は記入不要です。

未接種 不明→（母子手帳をご持参ください）

ヒブ（初 歳 ヶ月）1・2・3回目・追加 MR 1期・2期

肺炎球菌（初 歳 ヶ月）1・2・3・回目・追加 水痘 1・2回目

4種混合 1・2・3回目 B型肝炎 1・2・3回目 BCG DT

ロタウィルス（ロタリックス・ロタテック） 日本脳炎 1期1・2回目・追加・2期

3種混合 1・2・3回目 生ポリオ 1・2回目 不活化ポリオ1・2・3回目・追加

おたふく 1・2回目 子宮頸がん 1・2・3回目

子宮頸がん 回

● 現在お通いの園、または、学校名のご記入をお願いします。

（ 幼稚園・保育園）（ 小・中学校 年生） 通園ナシ

● 来院のきっかけを教えてください。（複数回答可）

知人や友人の紹介 家族が通院中 近所（通りがかり） 電話帳 消防標識（看板）

インターネット（PC・スマホ） ホームページ 他院からの紹介（ ）

その他（ ）

*当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の情報提供に努めており、医療情報・システム基盤設備体制充実加算の算定医療機関です。

*マイナ保険証により正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力よろしくお願ひします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算

初診時：マイナ保険証提示「同意する又は情報が存在しない」→加算2（2点）「同意しない」→加算1（6点）

：保険証提示「保険証では情報取得できず」→加算1（6点）

※他の医療機関からの情報提供がある場合→加算2（2点）

ご協力ありがとうございました。

医療法人 しばおクリニック