

## 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 ℃) (来院前 ℃) 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、体調が悪くなったりことはありますか？

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。

● これまでにかかる病気はありますか？

□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）

ヒヅ(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

ロタウイルス (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下さい。(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（P C・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いします。

◆医療情報取得加算

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（1点）

「同意しない」→加算1（3点）

：保険証提示「保険証では情報取得できず」→加算 1（3 点）

※他の医療機関からの情報提供がある場合→加算2（1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