

小児科問診票

年 月 日

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
住所	〒
電話番号	

下記の項目について、今後の重要な診察の参考となりますのでご記入ください

- * マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。

はい いいえ
- * 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

はい いいえ
- * 本日受診した主な症状は何ですか。

症状の内容

発症時期

経過
- * 現在、処方されているお薬はありますか。

はい いいえ

(マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は直近1か月以内の処方薬を除き、記載は省略できます。)

薬剤名

用量

投薬期間
- * これまでに大きな病気にかかったことがありますか。

はい いいえ

病名

時期

医療機関名

治療内容
- * 何週何gで生まれましたか。出産時に何か指摘されたことはありますか。
- * これまでに乳幼児健診等で何か指摘されたことはありますか。
- * これまでにけいれんを起こしたことはありますか。

はい いいえ

その時熱はありましたか。

はい いいえ
- * これまでに薬や食べ物、注射等でアレルギー（じんましんが出たり、熱が出たり、気分が悪くなったりしたこと）を起こしたことはありましたか。

はい いいえ

原因となったもの

症状
- * 以前、当院にかかれたことはありましたか？

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をお願いいたします。