

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、当院にかから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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証利用した場合）