

小児問診票

初・再 ID :

		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな	生年月日	平成 令和 西暦
	男・女		年 月 日生 (才 ヶ月)
ご住所	〒	お電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	TEL 続柄 ()
幼稚園・学校		体重	kg 本日の体温 °C

★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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おります。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。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

初診時 ・加算1「6点」・加算2「2点」(マイナ保険証を利用した場合) 再診時 ・加算3「2点」(健康保険証での受診)

マイナンバーカード 有 ・ 無 マイナ保険証による診療情報取得に同意する

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? (はい いいえ)

- 本日はどうなさいましたか?
発熱 (°C) 咳 鼻水 咽頭痛 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 元気ない
湿疹(部位:) その他()
- その症状はいつからですか? _____ 日前から
 他の医療機関にかかりましたか? いいえ はい: 医療機関()
 お薬を飲みましたか? いいえ はい: お薬名()
- 周囲に、上記のような症状のある方はいますか? いる いない
- 過去2週間以内に新型コロナウイルスの患者さんと接したことはありますか? ある ない
- 現在治療中の病気、けがはありますか?
ない
ある 病名: _____
 かかっている医療機関: _____
- 現在飲んでいるお薬はありますか?
ない ある: _____
- 今までにアレルギー・特異体質と言われたことはありますか?
ない ある: 食物() 薬() その他()
 詳しくご記入ください: _____

★今までにかかった病気を教えてください:

肺炎 熱性けいれん はしか 風疹 おたふく みずぼうそう 気管支喘息
溶連菌 その他 ()

★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。

ホームページ (パソコン用 スマートフォン用) 知人紹介 広告 その他

★何か気になることがあればご記入ください: _____