

※当院から連絡する際に必要となる大切な情報です。楷書で丁寧に記入ください。

ご記入日
令和 年 月 日

小児科 問診票



太枠内は必ず記入してください。太枠外は初めての方、変更のある方のみ記入してください。

フリガナ		生年月日	平成 令和 西暦	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前			年 月 日 (歳 月)	
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号：母携帯 父携帯 自宅 その他()	
		電話②	— —	

ご自宅での体温		℃			
身長:	cm	体重:	Kg	最近の体重がわからない方は待合室で測定をお願いします	
困っている症状と症状が始まった日にチェックをつけてください	<input type="checkbox"/> 発熱	() 日前	<input type="checkbox"/> 鼻水	() 日前	
	<input type="checkbox"/> 咳	() 日前	<input type="checkbox"/> 頭痛	() 日前	
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	() 日前	<input type="checkbox"/> 便秘	() 日前	
	<input type="checkbox"/> 下痢	() 日前	<input type="checkbox"/> 発疹	() 日前	
	<input type="checkbox"/> その他	()	(月 日頃から)		
◆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？(<input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ)					
元気さや食事	元気さ	(ある ・ いつもよりない ・ ぐったりしている)			
	食欲	(いつも通り ・ 少しある ・ まったくない)			
	水分	(とれる ・ 少しとれる ・ 全くとれない)			
	おしっこ	(普通 ・ 少ない ・ 出ない)			
その他ご要望があれば記載してください					
現在、他の医療機関で治療中の病気	病名:				
	通院先:				
過去に治療を受けた病気や手術	病名・手術:				
	時期:				
周囲で流行している病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ (具体的に:)				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 薬() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()				
健康診断	この1年間に健診を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
マイナ保険証	マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				

お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり ⇒ 問診票とともに受付に提出をお願いします
	<input type="checkbox"/> なし ⇒ のんでいるお薬がありましたら、ご記入ください ()

マイナ保険証の利用について:
当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。正確な情報を取得するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。