

小児科初診問診票



記入日:　　年　　月　　日

ふりがな お名前　　（男・女）	ふりがな ご住所 （〒　　-　　）
生年月日 平成・令和　　年　　月　　日 （　　歳　　ヶ月）	
電話番号　　-　　-	携帯番号　　-　　-

1 体温 （　　.　℃） 体重（　　**kg**）

2 今日はどうされましたか？

・気管支喘息 ・便秘 ・アレルギー性鼻炎 ・皮膚症状（　　） ・予防接種 ・乳児健診

その他（　　）

3 いつからですか？（ 今日 ・ 昨日 ・　月　日 ・ その他:　　）

4 出生時のことで伝えておきたいことはありますか？

（　　）

5 今までにかかった病気に○をつけてください

突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ ぜんそく

肺炎 ・ ひきつけ ・ 熱性けいれん ・ その他（　　）

6 入院されたことはありますか？　はい ・ いいえ

いつ頃ですか？（　年　月　日） 病名（　　）

7 今までに受けたことのある予防接種に○をつけてください

Hib ・ 小児肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス（ロタリックス・ロタテック）
4種混合 ・ 5種混合 ・ BCG ・ MR ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ DT ・ おたふく
ヒトパピローマウイルス（シルガード9 ・ ガーダシル ・ サーバリックス）
その他（　　）

8 食物アレルギーはありますか？

・ある 食品名（　　） ・ ない ・ わからない

9 お薬のアレルギーはありますか？

・ある 薬名（　　） ・ ない ・ わからない

10 お薬の剤形のご希望はありますか？

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬（解熱剤・吐き気止め）

11 現在服用しているお薬はありますか？

・ある 薬名（　　） ・ ない

12 マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？　はい ・ いいえ

13 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ 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。

◆医療情報取得加算(初診) 加算:1点

医療法人緑生会 あびこスマイルクリニック