

問 診 表 (小児科)

受付番号 _____ 氏名 _____

当院では診療情報を取得・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。

①今日はどうされましたか？

・いつから

・どんな症状

・その症状で当院に受診する前に受診・治療を受けていますか？ いいえ はい
どちらの病院ですか？ _____

いつから通院していますか？ _____

②今日の症状以外で、心配な事がありますか？

③通園・通学中の施設名 _____ 保育園・こども園・幼稚園・小学校・中学校

④施設で流行中の感染症はありますか？ いいえ わからない はい _____

⑤お薬の希望はありますか？ 水薬 粉薬 錠剤

⑥解熱剤は希望しますか？ いいえ はい (座薬 飲み薬)

※他院から処方されているお薬を飲んでいる場合、お薬手帳を確認する場合があります。

◎太枠のみご記入ください

体温	℃	体重	Kg
BP	~ mmHg	身長	cm
HR	回/分	頭囲	cm
spo2	%	胸囲	cm
		腹囲	cm

今年初めて受診されたお子さんは、裏面の記入もお願いします。

お子さんについてお知らせください

⑦ 産まれたときの様子について

- どこで生まれましたか？ 自宅 _____ 助産所 _____ 病院・医院
- 産まれたときの体重は？ _____ g
- お産について 正常分娩 吸引分娩 かんし分娩 帝王切開
- 黄疸の強さについて 普通 強かった 光線療法 交換輸血 その他 _____
- 生まれてすぐに泣きましたか？ はい いいえ

⑧ 今までにかかった主な病気に○をつけてください

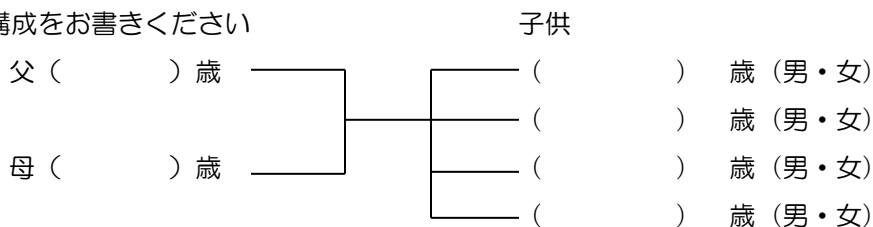
はしか・おたふくかぜ・風疹（三日はしか）・水ぼうそう・百日咳・溶連菌感染症・ひきつけ肺炎・その他()

⑨ 今までに行った予防接種に○をつけてください

- ロタ・B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）・四種混合
- 五種混合・BCG・ポリオ・MR（麻疹・風疹）・日本脳炎・おたふくかぜ・水ぼうそう
- はしか・風疹

ご家族についてお知らせください

⑩ 家族構成をお書きください



⑪ 今日、受診したお子さん以外の方は元気ですか

⑫ ご家族（祖父母・叔父・叔母・従兄弟を含む）の中に下記の病気の方はいらっしゃいますか

心臓病 腎臓病 結核 てんかん 高血圧 アレルギー（喘息 じんましん 鼻アレルギー）

- 続柄 _____ 病名 _____
- 続柄 _____ 病名 _____
- 続柄 _____ 病名 _____

マイナンバーカードを保険証として利用した場合の診療情報取得に同意します