

診療申込書兼問診票 小児用（中学生まで）

令和 年 月 日

ふりがな	性別	電話番号	今月当診療所受診歴
氏名	男 女	- -	初めて 受診した（ 月 日）
住所 〒 -	生年月日 平成・令和 年 月 日 (年齢 歳 か月)		
連れてきた方の氏名： 続柄：父・母・祖父・祖母・その他（ ）			
来院時の体温 _____ 度 体重 _____ k g 周囲で何か流行っていますか？いいえ・はい（ ）			
1) 症状に○をつけてください 〔 頭痛 鼻水 鼻づまり 腹痛 咽頭痛 咳 発疹 〕 → (月 日 時頃から) 機嫌 (よい・ふつう・わるい) 食欲 (ある・ない) 水分 (飲める・飲めない) 発熱 (月 日 時頃から 最高 度) 嘔吐 (月 日 時頃から 回 最終嘔吐 月 日 時頃) 下痢 (月 日 時頃から 回 性状：泥状便・水様便) その他・来院目的等医師に伝えたいこと ()			
2) 現在、処方されているお薬はありますか？ いいえ ・ はい () ※お薬手帳をご用意ください。 お持ちでない方やスマホアプリの方は服用中のお薬(市販薬を含む)を問診票の裏面にご記載ください。			
3) 現在、他の医療機関に通院していますか？ いいえ ・ はい (①医療機関名： _____ ②受診日 _____ 月 _____ 日)			
4) 今までに先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・喘息・アトピー性皮膚炎・その他の ご病気でもかかりつけ医師の診察を受けていますか？ いいえ ・ はい ()			
5) 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹など、体の具合が悪くなったことがありますか？（アレルギーなど） いいえ ・ はい：薬品・食品名 (_____) 症状 (_____)			
6) 熱性けいれんを起こしたことがありますか？ いいえ ・ はい _____ 歳頃 () 回			
7) 新型コロナウイルスに罹患したことはありますか？ いいえ ・ はい _____ 年 _____ 月頃			
8) 今までに受けた予防接種に○をつけてください B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌 DPT (3種) DPT-IPV (4種) DPT追加 5種混合 BCG MR (I、II) 日本脳炎 みずぼうそう ポリオ ロタウイルス おたふくかぜ インフルエンザ (10~3月) 新型コロナウイルス HPV その他 (_____)			
9) マイナ保険証による診療情報取得について 同意する ・ 同意しない			

当診療所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。 ◆医療情報取得加算：初診時：1点(月1回) 再診時：1点(3月に1回)

※以下医療機関記入欄

● 血圧 = _____ / _____ ● SPO2 = _____ %

FLU (_____) / COVID-19 (_____)
COVID-19 (_____)
FLU (_____)
溶連菌 (_____)
アデノ (_____)
FLU (_____) / RS (_____)
マイコプラズマ (_____)