

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
患者氏名	男 ・ 女
生年月日 平成 令和 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)	
住所 〒	
電話	
連れてきた人の氏名	父、母、祖父母、その他()
来院時の体温 度 体重 Kg	
1) 今月当院を受診しましたか。	初めて ・ 受診した(月 日)
2) 症状に○をつけて下さい。	
発熱 頭痛 鼻水 鼻づまり 咳 発疹 嘔吐 下痢 腹痛	
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)	
その他	
3) いつからですか。	月 日 (午前・午後 時頃より)
4) 現在、処方されている薬はありますか。	いいえ はい
	(お薬手帳をお持ちの方はご用意ください)
現在、他の医療機関に通院していますか。	
いいえ はい(医療機関名:)	・受診日 月 日)
5) 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・その他の病気でかかりつけ医師の診察を受けていますか。	ない ・ ある
6) 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんなど、からだの具合が悪くなったことがありますか。(アレルギーなど)	
ない ・ ある 薬品・食品名	
7) 熱性けいれんをおこしたことがありますか。	
ない ・ ある 歳頃 回数(回)	
8) 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか。	いいえ はい 年 月頃
9) 今までに受けた予防接種に○をつけて下さい。	
B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌 DPT-IPV BCG MR(I, II) 日本脳炎 みずぼうそう ポリオ	
DPT DPT追加 ロタウイルス おたふくかせ インフルエンザ(10~3月) 新型コロナウイルス	
10) マイナ保険証による診療情報取得について <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 同意する	

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・システム基盤整備体制充実加算 加算1 : 6点 加算2 : 2点(マイナ保険証を利用し、情報を取得等した場合)

※以下、医療機関記入欄

● 血圧 / ● SPO2 %

この情報は院内での利用目的以外には使用いたしません

練馬区休日急患診療所・夜間救急こどもクリニック