

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)		

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

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 時から 最高 度） 嘔吐（最終嘔吐 月 日 時頃）

下痢（ 月 日 時から 回 性状：泥状便・水様便 ）

〔 頭痛 鼻水 鼻づまり 腹痛 咽頭痛 咳 発疹 〕 → （ 月 日 時頃から）

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（ ）

※お薬手帳をお持ちの方はご用意ください

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 回数（ _____ ）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 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・システム基盤整備体制充実加算 加算1: 6点(令和6年1月1日より 4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 = _____ %

FLU()/COVID-19()
COVID-19 ()
FLU ()
溶連菌 ()
アデノ ()
FLU()/RS()