

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(初診料算定時) 加算1:3点

加算2:1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 ()