

# 小児外来問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 月  
 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 ( ) Kg

今日はどうされましたか？

- 診察  定期通院【薬・検査・その他】  
 検査結果説明【アレルギー・脳波・MRI・その他 ( )】

診察の方は、いつからどういう症状がありますか？

- 発熱 日から  嘔吐 日から 回/日  
 咳 日から  下痢 日から 回/日  
 鼻水 日から  腹痛 日から

ぜーぜー 日から  発疹 (部位 ) 日から

耳の下のはれ 日から  その他 ( )

●同居家族の方も本日受診されていますか？ (はい・いいえ)

\*はいの方→どなたが受診されていますか？ ( )

●周囲または家族内で2週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断

された方はいますか？ (はい・いいえ)

\*はいの方→どなたが陽性と言われましたか？ ( )

いつ言われましたか？ ( )

濃厚接触者と言われているですか？ (はい・いいえ)

●2週間以内に以下の場所にいましたか？

市内 旅行 映画館 イベント スポーツ観戦 カラオケ BBQ 食事会  
 テーマパーク クラブ活動 合宿・遠征・大会参加 プール・海・川  
 スーパー銭湯 その他人が集まる場所 ( )

本日の受診までにどこかを受診されていますか？ (はい・いいえ)

\*はいの方→紹介状 (あり・なし)

なんと診断されましたか？ ( )

現在服用中の薬はありますか？ ( )

家族や園・学校で流行している病気はありますか？ ( )

薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ( )

予防接種済のものに☑を、かかったものは○で囲んでください

ヒブ  肺炎球菌  四種混合  三種混合  ポリオ  BCG

麻疹風疹 (MR)  日本脳炎  ロタ  水痘  おたふく  B型肝炎

これまでに大きな病気にかかったことがありますか (入院や手術を要する)  
 (はい・いいえ)

\*はいの方→病名、時期、病院名、治療内容等  
 ( )

その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。

本日マイナ保険証を使用されましたか (はい・いいえ)

\*はいの方→診療情報取得に同意されましたか (はい・いいえ)

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
 初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1：4点 加算2：2点  
 (加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合又は 他院からの紹介状を持参された場合)