

〔ID ()〕

こども問診票

診察時の参考とさせていただきますので、ご記入ください。

ふりがな		性別	体温
氏名		男 ・ 女	℃
生年月日 平成・令和	年齢	身長	体重
年 月 日	歳 月	cm	kg
住所 〒		電話	
		携帯	
通園・通学施設 ()		保育園・幼稚園・小学校 [] 年	

◆どのような症状がありますか。その症状がいつから見られていますか。症状に「✓」を入れてください。

熱が出ている (いつから、どんな)

咳がある (いつから、どんな)

鼻水・鼻づまりがある (いつから、どんな)

吐いている・吐き気がある (いつから、どんな)

下痢がある (いつから、どんな)

腹痛がある (いつから、どんな)

発疹がある (いつから、どんな)







いつもと様子が違う (いつから、どんな)

◆「人にうつる病気」を疑っていますか。(水痘、おたふくかぜ、ロタウィルスによる胃腸炎、プール熱、インフルエンザなど)

1. いいえ 2. はい

◆どのような病気を疑っていますか。()

初めて受信される方は、ご面倒ですが、以下の質問にもお答えください。

 家族構成	◆同居している人に○をつけてください。 父親・母親・子ども () 歳・ () 歳・ () 歳・ () 歳 祖父・祖母・その他 ()
 家族の喫煙	◆同居している人の中で喫煙している人に○をつけてください。 父親・母親・祖父・祖母・その他 ()
 出生時の状況	◆出生時週数 () 週 ◆出生時体重 () g ◆出征直後の状況はいかがでしたか。あてはまるところに○をつけてください。 1. 特になにもなく退院した。 2. 赤ちゃんがしんどい状況で生まれた。 3. 何らかの治療をした。(わかる範囲で) 4. NICUに入った。
 今までにかかった病気	◆病気になったことのあるものに○をつけてください。 麻疹・風疹・水痘・耳下腺炎・熱性けいれん・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・川崎病 その他 () ◆入院したことがありますか。 いいえ ・ はい (いつ、何で)
 アレルギー	◆食べ物でアレルギーの症状が出たことがありますか。 ない ・ ある (いつ頃、何で) ◆お薬でアレルギーの症状が出たことがありますか。 ない ・ ある (いつ頃、何で)
 その他	◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 はい ・ いいえ ◆ご来院の際に、タクシーをご利用になる場合はございますか。 ある ・ ときどきある ・ ない ◆何を見て当院にいらっしゃいましたか。 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()

当医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致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)