

小児問診票 (No. _____)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名				生年月日	年	月	日(歳)
携帯電話	-	-	住所	〒	-		
ご記入者: 母・父・祖母・祖父・その他(_____)							
体重 _____ kg 乳幼児のお子様のみお聞かせください-(出生体重: _____ g、出生週数: _____ 週)							

<p>① 本日はどうされましたか？ その症状はいつからですか？</p> <p><input type="checkbox"/>熱がある(_____ °C) <input type="checkbox"/>咳 <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>発疹 <input type="checkbox"/>頭が痛い <input type="checkbox"/>お腹が痛い <input type="checkbox"/>下痢</p> <p><input type="checkbox"/>その他 _____</p>
<p>② その症状はいつからですか？</p> <p>_____</p>
<p>③ 現在、他院で治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ⇒ <input type="checkbox"/>花粉症 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>その他 _____</p>
<p>④ 今までに大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ⇒ _____</p>
<p>⑤ 現在飲んでいるお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ⇒ お薬手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/>ある</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>ない⇒お薬の種類: _____</p>
<p>⑥ 今まで受けた予防接種に○をつけてください</p> <p>ヒブ・小児肺炎球菌・B型肝炎・ロタ・四種混合・五種混合・BCG・MR(麻疹・風疹)</p> <p>水痘・おたふくかぜ・日本脳炎・インフルエンザ・新型コロナ・その他</p>
<p>⑦ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある ⇒ _____</p>
<p>⑧ ご家族構成を教えてください。</p> <p>また、ご家族で治療中の病気や今まで大きな病気にかかれたことはありますか？</p> <p>父: _____ 歳、母: _____ 歳、兄弟: _____ 歳、 _____ 歳、 _____ 歳、 _____ 歳</p> <p>その他: _____</p>
<p>⑨ マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得に同意されますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>⑩ 紹介状はお持ちですか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>

この問診票は診療目的のみに使用致します。

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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。 大森医院