

車No. _____

問 診 票 (小児用)

色 (_____)

記入日 _____

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	平・令	年	月	日
お名前				(歳)			
住所	〒 _____					体重	kg
電話番号	(自宅) _____ (携帯電話 父・母・ _____) ※ 日中繋がる電話番号をご記入ください。						

<p>今日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>発熱 (_____ °C) <input type="checkbox"/>鼻水 <input type="checkbox"/>せき <input type="checkbox"/>のどの痛み <input type="checkbox"/>たん <input type="checkbox"/>頭痛</p> <p><input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>腹痛 <input type="checkbox"/>下痢 <input type="checkbox"/>発疹、湿疹</p> <p>その他の症状 (_____)</p>
<p>その症状はいつからですか？</p> <p>(_____)</p>
<p>他の医療機関からの紹介状を持っていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>今までにかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>水ぼうそう <input type="checkbox"/>おたふくかぜ <input type="checkbox"/>はしか <input type="checkbox"/>風疹 <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>中耳炎</p> <p><input type="checkbox"/>熱性けいれん <input type="checkbox"/>突発性発疹 その他 (_____)</p>
<p>現在治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (病名: _____)</p>
<p>今、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (お薬名: _____)</p>
<p>薬や食べ物のアレルギーがある場合はご記入下さい。</p> <p>お薬: _____ 食べ物: _____</p>
<p>今までに大きな病気で入院・手術をされたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (病名: _____)</p>
<p>出生時や健診時に指摘を受けたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (_____)</p>
<p>※マイナンバーカードを保険証として利用する方へ 診療情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>

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(初診時) 加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

※ 当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。詳しくは掲示物をご覧ください。