

問診票 (小児用)

記入日 _____

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	平・令	年	月	日
お名前					(
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。						

今日はどうなさいましたか？ <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 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 発疹、湿疹 その他の症状 (_____)
その症状はいつからですか？ (_____)
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今までにかかった病気はありますか？ <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 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 突発性発疹 その他 (_____)
現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: _____)
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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬名: _____)
薬や食べ物のアレルギーがある場合はご記入下さい。 お薬: _____ 食べ物: _____
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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: _____)
出生時や健診時に指摘を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (_____)
※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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

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。

※ 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。