

たけつな小児科クリニック 初診問診票

(ID) 令和 年 月 日

ふりがな		男	昭和・平成・令和		体重
氏名		女	年 月 日生	歳	kg
住所	〒				体温
					°C
電話番号	(自宅)				(携帯)

<本日受診された理由>

以下に○をつけてください。(複数可)

- ・発熱 ・咳、鼻水 ・嘔吐 ・下痢 ・湿疹 ・水疱
- ・痛み(耳、頭、胸、お腹、体、手、足、関節) ・その他()
- ・他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい ・ いいえ
- ・病児保育室バンビ利用許可書 要 ・ 不要

<生まれた時の状況を教えてください>

- ・何週で生まれましたか? 週 日 ・何グラムで生まれましたか? g
- ・妊娠中、分娩後に何か異常はありましたか? はい() ・ いいえ

<今までかかったことのある病気、治療中の病気があれば教えてください>

当てはまる疾患に○をつけてください。また、いつから発症したか記入してください。

- ・気管支喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・鼻炎 ・花粉症 ・熱性けいれん ・てんかん ・発達
- ・先天性心疾患 ・不整脈 ・川崎病 ・その他() 発生時期 頃から

現在、他の医療機関に通院中の方

医療機関名() 受診日(年 月頃) 治療内容()

今までに入院や手術するような大きな病気にかかったことがある方

病名() いつ頃(年 月頃)

医療機関名() 治療内容()

<アレルギーについてお尋ねします>

お薬・食べ物でアレルギーが出たことはありますか? はい ・ いいえ

「はい」とお答えになった方はアレルギーが出た物、症状を記入してください。

アレルギーが出た物() 症状()

<今飲んでいるお薬についてお尋ねします>

他院で処方されたお薬、毎日飲んでるお薬はありますか? はい ・ いいえ

薬剤名() 用量() 投薬期間()

<当院を受診するきっかけを教えてください>

友達の紹介 広報誌 看板 ホームページ インターネット 家が近隣

家族が受診したことがあるから その他()

<本日持参された保険証に○をつけてください。※回答必須 ○をつけてください>

健康保険証 ・ マイナンバーカードの保険証(以下マイナ保険証)

<マイナ保険証を持参された方にお尋ねします。※回答必須 ○をつけてください>

あなたの診療情報(服薬歴・健診歴など)を当院が『取得すること』に同意されますか?

同意する ・ 同意しない



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。

- ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) ・加算1 6点 ・加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)
- (再診時) ・加算3 2点 ・加算なし(マイナ保険証を利用した場合)