

当院受診が初めての方へ

問診票

記載

年

月

日

●診察時お名前呼び出ししてもよろしいですか

はい

いいえ

体重

kg

受診時の体温

℃

ふりがな氏名

男・女

西暦

年

月

日

生

住所

お使いの薬局名

電話番号（日中連絡がつく）

()

-

所属

保育園・幼稚園・小・中・高等学校

年生

大学

学部

●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか

はい

いいえ

●今日はどうなさいましたか（あてはまる症状に○をつけて下さい）

発熱（最高体温

℃）

咳

たん

ぜいぜい

呼吸困難

鼻水

鼻づまり

のどの痛み

頭痛

腹痛

嘔吐

下痢

食欲不振

発疹

けいれん

健診

予防接種

その他（

)

)

●通っている学校などで流行している病気がありますか

なし

胃腸炎

インフルエンザA, B

その他（

)

●上記の症状はいつからですか

から

●食物や薬のアレルギーがありますか

ない

ある（薬剤名・食品名

)

●現在妊娠中（可能性あり）または授乳中ですか

妊娠

週

授乳中

●今までかかった病気を教えてください（○をつけてください）

突発性発疹症

水痘（みずぼうそう）

流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

ぜんそく

アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎

気管支炎/肺炎

胃腸炎

便秘症

その他

●手術/入院歴

なし

あり（病名

年齢

歳

病院名

)

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい

いいえ

●現在、他院から処方されているお薬がありますか？

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、省略可能です）

薬剤名（

）、用量（

）、投薬期間等（

）

薬剤名（

）、用量（

）、投薬期間等（

）

●家族構成（同居の家族は本人を入れて合計

人）

父（

歳）,

（母

歳）,

兄（

歳）,

弟（

歳）,

姉（

歳）,

妹（

歳）,

祖父

祖母

その他（

）

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1：初診時3点（マイナ保険証を利用していない場合）

2：初診時1点（マイナ保険証利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合

石田小児科医院

2024年6月～