

初診問診票 (小児科)

年 月 日

フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
名前		男・女	年齢	歳	カ月	
住所	〒					
TEL	(自宅)	(携帯)				
学校名	() 保育園・幼稚園・学校	身長	cm	体重	kg	
かかりつけ医 (病院)	病院名 ()					
本日の症状を教えてください						
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> 痛み：部位 () <input type="checkbox"/> インフルエンザの疑い <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> かゆみ：部位 () <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 ()						
今までかかったことのある病気を教えてください						
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今までに 回 最後は 年 月頃) <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"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在服用中のお薬はありますか？						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (お薬名)						
アレルギーがあれば教えてください						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 () <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
今までに接種した予防接種を教えてください (接種済の予防接種と回数に○をつけて下さい)						
ロタ (1回目・2回目・3回目) 肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 四種混合 (1期1回目・2回目・3回目・1期追加) BCG MR：麻疹風疹 (1期・2期) 水痘 (1回目・2回目) 日本脳炎 (1期1回目・2回目・1期追加・2期) DT (破傷風・ジフテリア) 子宮頸がん (1回目・2回目・3回目) おたふくかぜ (1回目・2回目)						
出産時の身長	cm	出産時の体重	g			
分娩方法	普通・帝王切開	妊娠期間	週	日		
●他医からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (マイナ保険証を持っていない) ●過去 1年間に特定検診か高齢者検診は受診しましたか？ <input type="checkbox"/> した (受診時期 年 月) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明						

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務めています。
 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

マイナ保険を利用しない場合・・・初診時 加算1 6点 ・再診時 加算3 2点 (月1回)

マイナ保険を利用する場合・・・初診時 加算2 2点 ・再診時 加算なし