

紹介状：有・無

CD：有・無

マイナ保険証同意：有・無

小児科問診票（初診・再診）

(PDF) ※赤字は漏れなくご記入下さい

待機場所： 院内 ・ 駐車場No. ()

ID: _____

車種・色・ナンバー: _____

携帯No: _____

名前: _____

続柄: _____

初めてのの方は下記の項目すべて記入をお願いします ・ 2回目以降の方は変更箇所の記入をお願いします

ふりがな		年齢	歳
名前		性別	男 ・ 女
		生年月日	H・R 年 月 日
住所			
連絡先	自宅	携帯	
お済みの予防接種に ○をつけてください	ヒブ 小児肺炎球菌 ロタ B型肝炎 四種混合 BCG 水ぼうそう MR (麻疹・風疹) おたふく 日本脳炎 その他 ()		
生活の場	自宅 ・ 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 その他 ()		

* 本日の受診状況の確認になります。下記の記入をお願いします。

身長:	cm	体温 (必須)	℃
体重:	kg	SPO2 (必須)	%

↓ あてはまるものに○を付けて、いつからの症状かお書きください

症状	熱	咳	痰	鼻水	腹痛	下痢	嘔吐	頭痛
いつから								
症状	息苦しい		ぜいぜいする		元気がない		かゆみ(部位)	
いつから								
症状	湿疹(部位)		味覚障害	嗅覚障害	その他			
いつから								

*インフルエンザ検査は希望されますか？（発熱・風邪症状の方） する ・ しない

お子様が通っている学校・保育所・幼稚園でコロナの方はいますか？ *いるの方・・・それは、5人以上 ・ 4人以下 ・ 何人かは不明	いる・いない・不明
今までにかかった病気に○をつけてください	
突発性発疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ けいれん ・ はしか ・ 風しん ・ その他 ()	
アレルギー：なし・あり ()	ご協力ありがとうございます

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・・・4点 加算2・・・2点(マイナ保険証利用時)