

年 月 日

問診票(小児科)

やまだ内科クリニック

ふりがな		性別	生年月日			学年
名前	様	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	年齢(歳)	
住所	〒			電 話	(自宅)	
					(携帯)	
身長	cm	体重	kg	体温	度	
問診	ご記入欄					
今日はどうされましたか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 発熱		月 日頃から	<input type="checkbox"/> 腹痛	月 日頃から	
	<input type="checkbox"/> 咳		月 日頃から	<input type="checkbox"/> 嘔吐	月 日頃から	
	<input type="checkbox"/> ゼーゼー		月 日頃から	<input type="checkbox"/> 下痢	月 日頃から	
	<input type="checkbox"/> 鼻水		月 日頃から	<input type="checkbox"/> 頭痛	月 日頃から	
	<input type="checkbox"/> 学校健診で受診を勧められた					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
食事はとれていますか？	<input type="checkbox"/> ふつう		<input type="checkbox"/> いつもより少ない	<input type="checkbox"/> 食べれない		
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 少し	<input type="checkbox"/> いいえ		
便の回数は？	<input type="checkbox"/> (回/日)		<input type="checkbox"/> 便秘			
今飲んでいる薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり 薬 ()			
	※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください					
今までにかかった病気や入院をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり病名 () 年齢 (歳)			
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬品名 () <input type="checkbox"/> 食べ物 ()			
	<input type="checkbox"/> 喘息		<input type="checkbox"/> 鼻炎	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> その他 ()	
4週間以内に予防接種を受けましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい (月 日予防接種名)			
お薬の形、希望はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> シロップ			
上記のこと以外で心配な事 医師に相談したいことが あれば自由にご記入ください						

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4点 加算2点(マイナ保険証を利用した場合)