

氏名 ( 歳) 男・女

- マイナ保険証を利用された場合、診療情報の取得に同意していただけますか?⇒ はい ・ いいえ
- 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? ⇒ はい ・ いいえ

当院では診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に務めております。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※診療情報の取得に同意されない場合はマイナ保険証を利用しない場合の取り扱いになります。

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

### 小児科問診票

体重 ( kg) /身長 ( cm) /出生時体重 ( g) /分娩状態 正常・異常

\* 現在の症状をお書きください。  
・熱 ( °C)

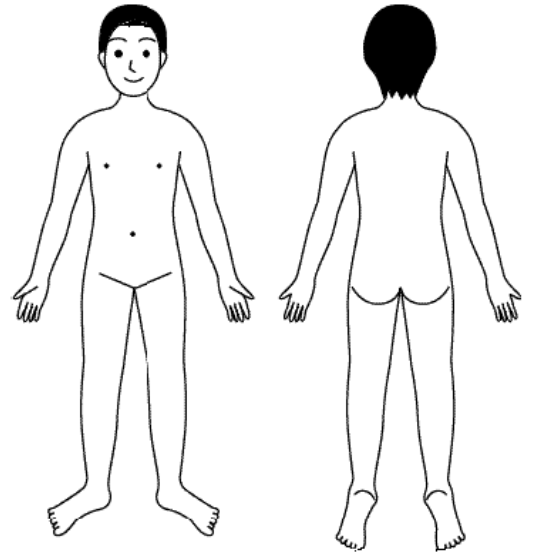
\* 痛いところや発疹など異常を感じる部位を  
下記の図で教えてください。

\* それは、いつからですか?

\* 同じ症状で他の病院を受診しましたか?

受診した いつ:  
どのような治療、与薬を受けましたか:

受診していない



- ① 今までにかかった病気はありますか?
- 心臓病 腎臓病 血液疾患 気管支喘息
  - てんかん けいれん 突発性発疹
  - はしか 風疹 水痘 (みずぼうそう)
  - おたふくかぜ その他 ( )

服用している薬があったらお書きください。

② アレルギーはありますか?  
有: ( ) 服用している薬があったらお書きください。

無

③ 済んでいる予防接種はどれですか?

- MR (はしか・風疹の混合) はしか 風疹 水痘 (みずぼうそう)
- おたふくかぜ 三種混合 ポリオ 日本脳炎 ツベルクリン反応 BCG
- H i b 肺炎球菌 HB ロタ 四種混合

④ 家族構成と健康状態を教えてください。

父 ( 歳) 兄弟姉妹  
健・( ) 男・女 ( 歳)  
男・女 ( 歳)

母 ( 歳)  
健・( ) 男・女 ( 歳)  
男・女 ( 歳)

☆家族の中でアレルギーや大きな  
病気にかかった方がいらしたら  
記入して下さい。