



小児科 初診問診票



※対象：0歳～中学生まで

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前 (男・女)	ふりがな ご住所 (〒 -)
生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
電話番号 - -	携帯番号 - -

- ① 体温 (. °C) 体重 (kg)
- ② 今日はどうされましたか？
発熱 ・ せき ・ 鼻水 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 発疹
その他 ()
- ③ いつからですか？ (今日 ・ 昨日 ・ 月 日 ・ その他：)
- ④ 出生時のことで伝えておきたいことはありますか？
()
- ⑤ 今までにかかった病気に○をつけてください
突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ ぜんそく
肺炎 ・ ひきつけ ・ 熱性けいれん ・ その他 ()
- ⑥ 入院されたことはありますか？ はい ・ いいえ
いつ頃ですか？ (年 月 日) 病名 ()
- ⑦ 今までに受けたことのある予防接種に○をつけてください
Hib (ヒブ) ・ 小児肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス (ロタリックス・ロタテック)
4種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) ・ BCG (結核) ・ MR (麻しん・風しん混合)
水痘 ・ 日本脳炎 ・ DT (ジフテリア・破傷風混合) ・ おたふく
ヒトパピローマウイルス (シルガード9 ・ ガーダシル ・ サーバリックス)
その他 ()
- ⑧ 食物アレルギーはありますか？
・ある 食品名 () ・ ない ・ わからない
- ⑨ お薬のアレルギーはありますか？
・ある 薬名 () ・ ない ・ わからない
- ⑩ お薬の剤形のご希望はありますか？
シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬 (解熱剤・吐き気止め)
- ⑪ 現在服用しているお薬はありますか？
・ある 薬名 () ・ ない
- ⑫ マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ はい ・ いいえ
- ⑬ 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(初診日) 加算 1：6点 加算 2：2点 (マイナ保険証を利用した場合)
医療法人緑生会 あびこクリニック