

初診問診票



問診票記入者： _____ (続柄： _____)

ふりがな
お名前： _____ 年齢： _____ 歳 性別 男・女

身長 _____ cm 体重： _____ kg 来院時体温： _____ °C

今日はどのようなことで来院されましたか？ _____

- *いつ頃からはじまりましたか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 頃
 *そのことで他の医療機関にかかりましたか。 はい いいえ
 *そこではどのような説明を受けましたか。 [_____]

いままでのご病気 _____

- 特になし あり→ 熱性けいれん それ以外のけいれん ぜんそく アトピー性皮膚炎
 水ぼうそう おたふく 川崎病 心臓病 腎臓病 その他：(_____)

今飲んでいるお薬 _____

- ない ある→ (_____)

アレルギー _____

- ない ある→ (薬/食品など _____)

予防接種の接種内容やスケジュール等についてご心配がありますか？ _____

- ない 相談希望 (_____)

ご家族のタバコ _____

- 吸わない 吸う→ 父親 母親 祖父 祖母 兄弟 ほか (_____)

ご家族の病気(どなたが?) _____

- 薬疹 (_____) 喘息 (_____) アトピー性皮膚炎 (_____) 糖尿病 (_____)
 心臓病 (_____) 腎臓病 (_____) 肝炎 (_____) その他： _____ (_____)

【発熱など急性症状でおかかりの方】

- * ご本人以外で、発熱のある方、または数日以内に発熱があったご家族がいますか？ (はい・いいえ)
- * 通園・通学先で流行している病気がありますか？ (はい・いいえ) 通園・通学先 (_____)
- * 新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか？ (はい； _____ 年 _____ 月・いいえ)
- * 今回の症状で病児保育室トコトコの利用を希望する場合は○をしてください ⇒ (希望あり・なし)

【マイナ保険証について】

- * 本日はマイナンバーカードでの保険証確認をしていますか？ (はい・いいえ)
- * はいの方 ⇒ 本日はマイナンバーカードでの診療情報取得に同意していますか？ (はい・いいえ)