

カルテ№

氏 名

生年月日

性別

科 別
病 棟 名

Dr.

日付

小児科・小児外科問診票

氏名

〔性別 男・女〕

〔年齢

歳

ヶ月〕

〔身長

cm〕

〔体重

kg〕

→ 計測日 (月 日)

下記の質問に対して該当するものにチェック☑印または記入をしてください。

1. 主な受診理由をお聞かせください。

☐発熱 (℃) ☐発疹 ☐咳 ☐鼻水 ☐喘鳴 ☐嘔吐 ☐下痢

☐腹痛 ☐頭痛 ☐痙攣 ☐その他 ()

いつからですか？

()

どのような症状ですか？

()

どこかの病院にかかりましたか？

☐いいえ ☐はい → (病院 (医院) 名:)

2. 薬や食事などでアレルギーがでたことがありますか？または現在避けているものはありますか？

☐なし ☐あり → ()

3. 今までにかかった大きな病気がありましたら記入してください。

()

4. 保育園・幼稚園・学校・近辺で流行している病気がありましたら記入してください。

()

5. 予防接種についてお聞かせください。

① B C G: ☐予防接種済 ☐予防接種未

② 生・不活化ポリオ: ☐予防接種済 【 () 期 () 回まで】 ☐予防接種未

③ 三種・四種混合: ☐予防接種済 【 () 期 () 回まで】 ☐予防接種未

④ 麻疹風疹混合: ☐予防接種済 (Ⅰ期・Ⅱ期) ☐予防接種未

⑤ 水 痘: ☐予防接種済 ☐予防接種未 ☐罹患済 () 歳

⑥ おたふくかぜ: ☐予防接種済 ☐予防接種未 ☐罹患済 () 歳

⑦ 日 本 脳 炎: ☐予防接種済 (Ⅰ期 (1回・2回・追加)・Ⅱ期) ☐予防接種未

⑧ H i b: ☐予防接種済 (1回・2回・3回・4回) ☐予防接種未

⑨ 肺 炎 球 菌: ☐予防接種済 (1回・2回・3回・4回) ☐予防接種未

⑩ タ: ☐予防接種済 (1回・2回・3回)

⑪ インフルエンザ: ☐予防接種済 (1回・2回) _____ 月

⑫ 2週間以内に受けた予防接種: _____

下記の質問に対して該当するものにチェック☑印または記入をしてください。

6. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による診療情報取得に同意されましたか。

- ☐ はい
☐ いいえ

7. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

- ☐ はい → 医療機関名： _____
☐ いいえ

8. 過去1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限ります）を受診されましたか。

- ☐ はい → 受診時期： _____ 年 _____ 月頃
指摘事項がありましたか。

☐ はい（具体的に記載してください）

()

☐ いいえ

☐ 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。