カルテ№

氏　名

生年月日　　性別

科　別
病棟名　　Dr.　　日付

姫路赤十字病院

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。

①B　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

⑧Hib：□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ロタ：□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

⑫2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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診）加算1　6点　加算2　2点（マイナ保険ご利用時）