

診療申込書兼問診票（小児）

西暦 年 月 日

姓 名			生年 月日	平成・令和 年 月 日 生 (歳 ケ月)
お名前	(男・女)			
姓 名				※ 連絡する順にご記入ください。
ご住所	〒 (- - -)	電話 番号	1) 2)	自宅・携帯 () 自宅・携帯 ()

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 (はい ・ いいえ)

2 本日はどのような理由で来院されましたか。

他院からの紹介 定期通院の希望 体調が悪い 健診で異常がある 書類を希望

3 どのような症状ですか。診察が必要となった症状について教えてください。

いつから : 月 日 午前・午後 時頃から

どこが :

どのように :

4 思いあたる原因がありますか。

※ 1ヶ月以内に海外渡航歴のある方や、家族や周囲の方で同じ症状がある方はご記入ください。

[]

5 現在の状態

食欲 (ある ・ ない) 水分 (飲める ・ 飲めない)

おしっこ (てる ・ でていない) 便 (てる ・ でていない)

元気 (ある ・ まあまあ ・ ぐったり)

6 現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方 ⇒ 病名 :

飲んでいるお薬はありますか。 (はい ・ いいえ)

※ お薬手帳をお持ちの方は、受付にお渡しください

7 これまでにかかったことのある病気を教えてください。

水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん

アトピー性ひふ炎 ぜん息 じんましん 食物アレルギー (食品名)

その他 (入院治療を受けた病気・大きな病気もあればご記入ください。)

[]

8 今までに注射や薬で副作用 (発疹・気分不良・ショック) がありましたか。

(はい ・ いいえ) はいの方 ⇒ 薬品名 :

9 飲めない薬の形状はありますか。 (錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ)

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 (初診時) 加算 1:6 点 / 加算 2:2 点 (マイナ保険証を利用した場合) ✓