

西巣鴨こどもクリニック問診票（初めての受診の方をお願いします）

住所（○を付けてください）：乳幼児(子ども)医療証と同じ・異なる

ふりがな

(異なる場合) 〒 _____

氏名 _____ (男・女)

現在の体温 _____ °C

最近の体重 _____ kg

電話番号 _____

(携帯電話 _____)

(当てはまるものに全て○をつけるか、必要に応じ記入してください。)

1. 今日はどうされましたか？

発熱（最高 _____ °C）、 咳、 痰、 鼻汁、 鼻詰まり、 頭痛、 のどの痛み
腹痛、 下痢、 嘔吐、 食欲不振、 発疹、 痙攣、 健診、 予防接種（ _____ ）
耳漏・耳の痛み その他（ _____ ）

2. それはいつからですか？

3. その症状で他の医療機関を受診されたりしましたか？ ある / ない
また、紹介状（医療情報提供書）はお持ちですか？ ある / ない

4. 現在、使用されているお薬などがあれば、お知らせください。

5. 今までにお薬や注射、あるいは食べ物でアレルギー症状（発疹や息苦しさ）が出たことがありますか？
ない / ある

6. 出生後からいままで、健診等でなにか異常を指摘されたことはありますか？
ない / ある （分娩異常・早産・低出生体重・その他： _____）

7. 現在治療中の病気はありますか？

また、今までに入院や手術をするような大きな病気にかかりましたか？

現在治療中の病気 ない / ある（病名 _____ : いつから _____）

入院歴： ない / ある（病名 _____ : _____ 歳頃、 _____ 病院）

手術歴： ない / ある（病名 _____ : _____ 歳頃 _____ 病院）

8. ご家族・御親戚で、現在、体調の悪いご家族はいらっしゃいますか？

ない / ある（続柄 _____）（症状： _____）

9. マイナ保険証をご利用の場合、オンラインによる医療情報の取得に同意されますか？ (はい・いいえ)

当クリニックは診療情報を取得・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、マイナ保険証のご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)

10. ご質問・ご意見などがございましたら、お書き下さい。

ご協力ありがとうございました。