

# 小児科問診票

令和 年 月 日

2枚目(感染症に関する問診票)も記入して下さい

|          |                  |       |   |        |   |   |  |      |  |
|----------|------------------|-------|---|--------|---|---|--|------|--|
| フリガナ     |                  | 性別    |   |        |   |   |  |      |  |
| 患者氏名     |                  | 男・女   |   |        |   |   |  |      |  |
| 生年月日(年齢) | H・R 年 月 日( 歳 ヶ月) | 保護者氏名 |   |        |   |   |  |      |  |
| 住所       | 〒 -              |       | 来院時の車をご記入下さい。 <table><tr><td>車種</td><td></td></tr><tr><td>色</td><td></td></tr><tr><td>ナンバー</td><td></td></tr></table> | 車種     |   | 色 |  | ナンバー |  |
| 車種       |                  |       |   |        |   |   |  |      |  |
| 色        |                  |       |   |        |   |   |  |      |  |
| ナンバー     |                  |       |   |        |   |   |  |      |  |
| 電話番号     |                  | 携帯番号  |   |        |   |   |  |      |  |
| 体重       | kg               | 体温    | °C  | 出生時の体重 | g |   |  |      |  |

※来院直前の体温をご記入下さい。測定されていない場合は受付時に測定します。

※一ヶ月以内にこの休日急病診療所を受診されたことはありますか。 ない・ある( 月 日 時頃)

1.いつからどのような症状ですか。  発熱(37.5°C以上): 月 日~(最高 °C)  
 咳: 月 日~  鼻水: 月 日~  のどの痛み: 月 日~  はきけ: 月 日~  
 下痢: 月 日~  たん: 月 日~  くしゃみ: 月 日~  おう吐: 月 日~  
 腹痛: 月 日~  頭痛: 月 日~  発疹: 月 日~  便秘: 月 日~  
 その他( )

2.今までにかかったことのある病気や現在通院中の病気がありますか。  
 けいれん(ひきつけ): なし・あり(熱があるとき 回、熱がないとき 回)  
 突発性発疹  みずぼうそう  おたふくかぜ  溶連菌感染症  百日咳  
 はしか  風疹  中耳炎  発達障害  心臓病または川崎病  
 気管支喘息  尿路感染症または腎臓病  アトピー性皮膚炎  
 その他( )

3.薬についてアレルギーがありますか。  ない  ある(薬品名 )

4.食べ物アレルギーはありますか。  ない  ある:牛乳・卵・その他( )

5.かかりつけの医療機関はありますか。  ない  ある( )

6.現在、医療機関に通院していますか。  いいえ  はい

7.現在、飲んでいる薬はありますか。  ない  ある( )

8.希望の薬の剤形がありますか。  ない  こなぐすり  シロップ  錠剤

9.本日はお薬手帳をお持ちですか。  持っている  持っていない

10.マイナ保険証がある場合、診療情報取得に同意しますか。  はい  いいえ

11.未就学児の方のみご記入ください。  保育園や幼稚園に通園している  保育園や幼稚園に通園していない

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。

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナ保険証利用しない場合)6点、加算2(マイナ保険証利用する場合)2点】

保険証受け取りました

サイン

※当診療所で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

瀬戸旭休日急病診療所

# 感染症に関する問診票

回答欄の該当項目に☑をつけてください。また、必要な個所の( )にご記入ください。

| 質 問   | 回 答  |
|---|--|
| 新型コロナウイルス感染症にかかったことがありますか。                    | なし   |
|   | あり (      回、直近の感染      年    月 )  |
| ここ数日で新型コロナウイルス陽性(疑い含む)の方との接触、もしくは身近で流行がありますか。 | なし   |
|   | あり<br>(接触者:    )<br>(場 所:    ) |
| 今回の症状に対して新型コロナウイルスの検査を行いましたか。<br>(自宅を含む)      | 行っていない   |
|   | 行った (結果:   陰性   ・   陽性<br>検査場所:    )                                 |
| 新型コロナウイルスワクチンの予防接種をしましたか。                     | なし   |
|   | あり (      回、最終接種      年    月    日<br>最終の種類: ファイザー ・ モデルナ ・ 他 )   |
| ここ数日でインフルエンザの方との接触、もしくは身近で流行がありますか。           | なし   |
|   | あり   |
| 今回の症状に対してインフルエンザの検査を行いましたか。<br>(自宅を含む)        | 行っていない   |
|   | 行った (結果:   陰性   ・   陽性<br>検査場所:    )                                 |
| 1年以内にインフルエンザワクチンの予防接種をしましたか。                  | なし   |
|   | あり   |
| ここ数日、身近で他の感染症の方がいますか。                         | なし   |
|   | あり (溶連菌 ・ アデノウイルス ・ 胃腸かぜ<br>・ マイコプラズマ ・ RSウイルス ・<br>その他 (    ))      |

※この問診票を確認しながら診察を行いますが、上記と同様の質問を繰り返させていただくこともあります。

患者氏名: \_\_\_\_\_