

※ご記入が済みましたら受付へご提出ください

医院にて記入欄：体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

## 小児（15歳未満）問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ (自宅・父・母・その他)  
電話番号 \_\_\_\_\_ (自宅・父・母・その他)

必要時、当院から連絡してもよい電話番号をご記入ください

■本日は他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

いいえ はい

■マイナ保険証をお持ちですか。

いいえ

はい → 本日、診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

■本日はどうなさいましたか

発熱 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より 最高体温 \_\_\_\_\_ 度  
喉の痛み \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より 咳 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より  
鼻水 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より 発疹 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より  
嘔吐 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より → 回数 \_\_\_\_\_回  
下痢 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より → 回数 \_\_\_\_\_回  
腹痛 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より 食欲低下 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より  
その他の症状で心配なことなど

■その症状で他の医療機関（病院・診療所）を受診されましたか。

いいえ はい \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から \_\_\_\_\_にかかっている

■現在、飲んでいる薬はありますか。（お薬手帳をお持ちでしたら一緒にお出してください）

ない

ある；〔 \_\_\_\_\_ 〕

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は直近 1 か月以内の処方薬を除き  
記載の省略が可能です

→ 裏面もあります

■家族や園・学校に具合の悪い方はいますか。 いない いる  
それはどなたですか、どんな病気ですか。  
( )

■現在治療中ならびに今までにかかったことのある病気はありますか

はしか( 歳) 風疹( 歳) 水ぼうそう( 歳)  
おたふくかぜ( 歳) 熱性けいれん( 歳) 突発性発疹( 歳)  
喘息( 歳) アトピー性皮膚炎( 歳) 花粉症( 歳)  
その他(病名: ) ( 歳)

■これまでに薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか

ない

ある 原因となったもの: \_\_\_\_\_  
症状: \_\_\_\_\_

■その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。

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。  
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致します。