

小児科問診票

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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力お願い致します。			
※マイナンバー健康保険証による診療情報取得について		<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない
フリガナ	生年月日 (西暦でお願いします)	性別	男・女
お名前	年 月 日		歳
住所 〒			
電話番号	自宅 ()	携帯	- -

1. 今日、来院された理由をお聞かせください

()

2. それはいつ頃からですか? ____月 ____日頃から

3. 体温 ____℃ 体重 ____kg

4. 毎日飲んでいるお薬はありますか? いいえ はい

薬剤名	投薬期間
薬剤名	投薬期間

※マイナ保健証による情報取得に同意された場合、直近1ヶ月以内のみを書いてください
 ※お薬手帳・お薬の説明書をお持ちの場合は、問診票と一緒にご提出ください

5. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか? いいえ はい

受診日	病名	医療機関名	治療内容
受診日	病名	医療機関名	治療内容

6. 現在一緒にお住いの方で、同じような症状の方がおられますか?

いいえ はい どなたですか _____

7. ご家族は ____人家族で、1人っ子 ____人兄弟の ____番目

8. 今までにかかったことのある病気についてお教えてください

ひきつけ(けいれん) 百日咳 突発性発疹 麻疹(はしか) 風疹 おたふく風
水痘(みずぼうそう) アレルギー性疾患 その他 ()

9. 手術を受けたことがありますか? いいえ はい

時期	病名	医療機関名	治療内容
時期	病名	医療機関名	治療内容

10. お薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか?

いいえ / はい どのようなものですか? 食べ物 ・ 薬 ()

※ 上記、問診に対して記入内容に相違がないことを確認し、署名をお願いします。

氏名: _____ 代理人の場合(続柄): _____ ()

～アンケートにご協力お願いいたします～

▶ 受診したきっかけは何でしたか をつけて下さい (複数回答可)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 姫路市子育て冊子 |
| <input type="checkbox"/> 当院の建物で | <input type="checkbox"/> 当院ホームページ |
| <input type="checkbox"/> 道路沿いの広告(看板) | <input type="checkbox"/> 当院SNS (facebook、Twitter、Instagram) ・ブログ |
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 | <input type="checkbox"/> その他の広告(市役所、新聞、電話帳、当院広報誌ふれあい) |
| <input type="checkbox"/> 他診療受診時に小児科があることを知って | <input type="checkbox"/> 自宅、学校が近い |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

ご協力ありがとうございました