

やまかわこどもクリニック

問診票（初診用）

今の
お熱

℃

令和 年 月 日

ふりがな	
お名前	男・女
生年月日	年 月 日 () 歳
住所	〒
電話番号	
所属	こども園・小学校・中学校

① マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ ☐ はい ☐ いいえ

② 現在処方されている薬はありますか（ ）
（①ではいと答えた方は直近1ヶ月以内の処方薬のみ記入してください。）

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1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

🍏 お分かりの範囲でご記入ください。不明な点は空欄でかまいません。

（1）本日の来院の目的は何ですか？あてはまる項目に✓をつけてください。

☐ 診察 ☐ 予防接種 ☐ 健診 ☐ 薬 ☐ その他（ ）

診察をご希望の方は、症状も✓してください。（できるだけ詳しくお願いします）

症 状： ☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 腹痛 ☐ 頭痛 ☐ 発疹
☐ その他（ ）

いつから：（ ）

（2）いままでかかったことがある病気や通院中の病気があれば教えてください。

☐ 喘息 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 便秘

☐ けいれん（熱あり） ☐ けいれん（熱なし） ☐ 中耳炎

☐ 心臓病 ☐ 腎炎 ☐ その他（ ）

（3）今までに入院、手術の経験はありますか？それはいつ頃ですか？

●入院：（ ）いつ頃：（ ）

●手術：（ ）いつ頃：（ ）

（4）食べ物や薬などにアレルギーがありますか？

薬のアレルギー なし・あり（薬剤名）

食物アレルギー なし・あり（食品名）

（5）現在、服用されている薬はありますか？

なし・あり（薬名）

※ありの方は上に記入もしくはお薬手帳を提出してください。

（6）5歳以上の方で、夜尿症（おねしょ）について相談したいですか？

はい・いいえ（ ）

（7）スギ花粉症・ダニアレルギーのある方で、舌下免疫療法について話を聞きたいですか？

はい・いいえ（ ）

ご記入、ありがとうございました。