小 児 科 問 診 票

令和　　年　　月　　日

体温　　℃	身長　　cm	体重　　kg

ふりがな 患者氏名		生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生		
		性　別	男・女	年　齢	歳　　ヶ月
保護者名		住所	〒		
携帯番号					
自宅番号					

本日はどちらで受付されましたか？ 資格確認証（保険証）　　マイナンバーカード	マイナンバーカードで受付された方にお尋ねします 診療情報（服薬歴、健診歴）の提供に同意されましたか？ 同意した　　同意していない
本日は他医療機関より紹介状をお持ちですか？ いいえ　・　はい　医療機関名（　　）	

■今日はどうなさいましたか？（いつから、どのような症状か具体的に記入してください）

食欲	あり　・　なんとか食べれる　・　なし	水分	とれる　・　少しは摂れる　・　とれない

■現在治療中の病気・ケガがあります？

なし	あり	どんな病気・ケガですか？
		現在治療中の医療機関名

■現在飲まれているお薬はありますか？

なし	あり	お薬の内容を記入してください。またはお薬手帳を提出してください。

■今までに大きな病気・ケガをされましたか？

なし	あり	いつ頃、どんな病気・ケガでしたか？
		年齢　病名　医療機関名
		年齢　病名　医療機関名
		年齢　病名　医療機関名

■アレルギーについて記入してください

なし	食物アレルギー （原因食物：　　）	薬剤アレルギー （原因薬剤：　　）	その他のアレルギー （原因：　　）

■流行状況を把握するため、保育園、幼稚園、学校名を差し支えなければ記入してください

（　　）保育園　・　幼稚園　・　小学校　・　中学校

＊当院では個人情報を患者様への医療サービスの提供を目的として利用させていただいております。 なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには、万全の体制で取り組んでおります。

＊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ご利用にご協力ください。

栗の木診療所