

日付 _____ **問診票（小児用 15 歳まで）** Ver.12 No. _____

ふりがな

お名前： _____ 平令 年 月 日生まれ 歳：男女

ご自宅住所：〒 _____ TEL (_____)

保護者連絡先住所：〒 _____ TEL (_____)

診断・治療のための資料になります。お答えになれる範囲でご記入をお願いいたします。

1.通っているのは _____ (保育園、幼稚園) _____ (小、中、高等、学校)

2.お父さんの職業 _____

3.お母さんの職業 _____

4.お子さんの数は _____ 人、このお子さんは _____ 番目、兄 _____ 人弟 _____ 人、姉 _____ 人妹 _____ 人

5.妊娠中の異常 なし あり (どんな _____)

6.出産 妊娠 _____ 週 経膈分娩 帝王切開 異常なし 異常あり
(どんな異常 _____)

7.生まれた時の体重 _____ g

8.新生児期の異常 なし あり (どんな _____)

9.乳児期の栄養法 母乳 混合 人工

10.これまでに大きな病気にかかったり、入院したり、手術したことはありますか

何歳頃 _____ どのような病気で _____

何病院で _____ どのような治療を _____

何歳頃 _____ どのような病気で _____

何病院で _____ どのような治療を _____

何歳頃 _____ どのような病気で _____

何病院で _____ どのような治療を _____

11.なにかお薬を常用していますか

いいえ はい (_____)

12.ひきつけを起こしたことがありますか

ない ある (どんな時に _____ 歳頃から _____ 回くらい)

13.両親や兄弟にひきつけやてんかんを起こしたことがある方がいますか いない いる (_____)

14.食べ物のアレルギー ない ある (牛乳、卵、その他 _____)

15.家族に喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、じんましんなどの人がいますか

いない いる (_____ が病名 _____)

16.現在のおよその体重 _____ kg

17.お薬や食べ物で じんましんやアレルギーが出たことがありますか

(いいえ：はい なにでどうなりましたか? _____)

18.マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ

19.他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい いいえ

当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）です。マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的にご利用ください。