

小児科 問診票

ID 令和 年 月 日

ふりがな	男	生年月日				
お名前		平成	令和	年	月	日
		女		歳	ヵ月	
ご住所 〒						
保護者携帯電話番号		身長	cm	体重	kg	

(現在の熱 °C)

◎どのような症状がありますか。

◎症状はいつからですか。

◎これまでにかけられた病気はありますか。

・突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ その他()

◎食物、薬剤アレルギーはありますか。

ない ・ ある(食物: 薬剤:)

◎現在、飲んでいる薬はありますか。

ない ・ ある()

◎出生時のことで伝えておきたいことはありますか。

◎その他伝えたいことはありますか。

○当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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・システム基礎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頂きますようお願い申し上げます。

マイナ保険証による診療情報取得に 同意する 同意しない



かるがも上尾クリニック