



問診票 Medical interview sheet



医療法人おおぞらこどもクリニック

【初診用】

【記入日 年 月 日】

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
ご住所 〒			
体温 °C	体重 kg	身長 cm	記入者 ☐ 母 ☐ 父 ☐ 祖父母 ☐ その他()
保護者携帯電話		()幼稚園・保育園・こども園・小学校・中学校	

今日はどういうことで受診されましたか？(複数回答可)

(記入例) ☒咳(9/1～)、☒鼻汁(昨日から)

☐発熱(°C, 最高 °C) ☐咳() ☐ゼーゼー()
☐鼻汁() ☐喉の痛み() ☐頭痛()
☐嘔吐() ☐下痢() ☐腹痛()
☐かゆみ() ☐けいれん() ☐その他()

いつから症状がありますか？

月 日頃から

きょうだいはおられますか？

☐いない ☐いる()人きょうだいの()番目

同じ症状のご家族はおられますか？

☐いない ☐いる

今までにかかったことのある病気はありますか？(複数回答可)

けいれん(ひきつけ): ☐なし ☐あり(熱があるとき 回、熱がないとき 回)
☐突発性発疹 ☐水ぼうそう ☐おたふくかぜ ☐風疹 ☐麻疹 ☐川崎病または心臓病
☐喘息 ☐中耳炎 ☐発達障害 ☐その他()

家族や通園、登園先で流行っている病気はありますか？(複数回答可)

☐お子様と同じ症状 ☐水ぼうそう ☐おたふくかぜ ☐溶連菌 ☐手足口病
☐ヘルパンギーナ ☐突発性発疹 ☐インフルエンザ ☐RSウイルス
☐ヒトメタニューモウイルス ☐胃腸かぜ ☐プール熱
☐アデノウイルス ☐マイコプラズマ感染症 ☐その他()

お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

☐なし ☐あり()

薬の剤形について、使用できるものに○を付けてください

☐こなぐすり ☐シロップ ☐錠剤 ☐座薬

当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？(複数回答可)

☐家から近い ☐園や学校から近い ☐知人や家族からの紹介 ☐インターネット(ホームページ)
☐看板を見て ☐その他()

☆☆☆ 裏面もご記入ください ☆☆☆

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？	☐ はい ☐ いいえ
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	☐ はい ☐ いいえ
現在、他の医療機関に通院していますか？	☐ はい ☐ いいえ
〔 病院・クリニック 〕 受診日〔 〕	
治療内容〔 〕	
現在、他の医療機関で処方されている薬がありますか？	☐ なし ☐ あり※お薬手帳があれば見せてください。
薬剤名〔 〕	
用量〔 〕 服用期間〔 〕	
入院・手術が必要な病気にかかったことがありますか？	☐ はい ☐ いいえ
〔 病院・クリニック 〕 病名〔 〕	
時期〔 〕 治療内容〔 〕	
その他、心配なことや訊きたいことがありましたら、ご自由にお書きください。	
記入者 ☐母 ☐父 ☐祖父母 ☐その他()	

ご記入後は①母子手帳②お薬手帳③体温計④問診票を受付にお渡し下さい。

お熱や咳のある方は必ず受付にお申し出ください。 ※※院内ではマスクの着用をお願いいたします※※

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算初診時(月に1回)1点、再診時(3月に1回)1点

