

# 小児科問診表

年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	平成・令和 西暦 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
住所 〒		
電話	体重	g ・ kg

① いつからどのような症状がありますか。

② 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。

③ 現在治療中の病気、今までにかかったことがある病気がありますか。

熱性けいれん 突発性発疹 ぜんそく アレルギー性鼻炎 おたふく みずぼうそう  
その他( )

④ 予防接種はしましたか。

ヒブ 小児肺炎球菌(プレベナー) B型肝炎 4種混合 ロタ BCG MR(麻疹風疹)  
水痘(みずぼうそう) おたふく 日本脳炎 ポリオ 2種混合(DT) 3種混合

⑤ その他聞きたいことはありますか。

⑥ 明細書は必要ですか。 はい いいえ

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)マイナ保険証を利用した場合:初診2点 再診0点 利用しなかった場合:初診6点再診2点

医療法人 はたクリニック