



# 問診票(初診用)

## くつまこどもクリニック

★初回のみお手数ですがご記入お願い致します★

ふりがな お名前	男	生年月日 西暦	年	月	日
	女		(年齢)	歳	ヶ月)
ご住所 〒( )		電話番号 ( )			
		携帯電話 ( )			

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

①出産・発育について

・出生:( )週( )日で出生 ・出生体重( g ) ・出生身長( cm )

・黄疸:なし 少しあり あり→ 光線療法 ・ 交換輸血

・乳児期の栄養方法: 母乳 混合 人工乳

・発育について: 心配ある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

②兄弟姉妹が いない ・ いる → 男・女( 歳) 男・女( 歳)  
男・女( 歳) 男・女( 歳)

③いままでにかかった病気、もしくは現在通院・治療中の病気について

・突発性発疹 ・風疹 ・はしか ・おたふくかぜ ・百日咳 ・水ぼうそう ・肺炎

・けいれん ・ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・花粉症 ・発達障害

・その他の病気( )

・入院したことがあればご記入ください。( )

④予防接種について

・ヒブ(Hib) (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・小児肺炎球菌 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)

・四種混合・三種混合 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・BCG(未 ・ 済)

・麻疹・風疹(MR)(未 ・ 1期 ・ 2期) ・水ぼうそう(未 ・ 1回 ・ 2回)

・日本脳炎(未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期) ・B型肝炎(未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回)

・ロタウイルス(種類: ロタテック ・ ロタリックス)(未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回)

・二種混合(ジフテリア ・ 破傷風)(未 ・ 済) ・おたふく風邪((未 ・ 1回 ・ 2回)

・子宮頸ガン(HPV)(1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ポリオ単独(未 ・ 済)

・はしか単独(未 ・ 済) ・風疹単独(未 ・ 済)

⑤食物アレルギー なし ・ あり →(対象食物: )

⑥薬物アレルギー なし ・ あり →(対象薬物: )

⑦家族について

・タバコを吸う方はおられますか? いない ・ いる どなたですか?( )

・次のアレルギー体質の方はおられますか? どなたですか?( )  
(喘息 ・ アトピー ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 薬物アレルギー ・ 他)

・次に病気にかかったことのある方はおられますか? どなたですか?( )  
(けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 血液疾患 ・ 結核 ・ 遺伝性疾患)

⑧当院を受診された理由を教えてください。(複数回答可)

1)インターネット上での記事 2)電柱看板 3)医院広告のチラシ 4)ホームページ

5)お知り合いからの口コミ( ) 6)ネットでの口コミ(サイト: )

7)ご家族が受診されている(診察券番号: ) お名前: )  
(診察券番号: ) お名前: /診察券番号: ) お名前: )

8)その他( )

※症状の経過を確認するために、お電話をさせていただくことがございますのでご了承ください※  
ご協力ありがとうございました。続けて症状の問診票をご記入ください。

※記入項目が多く申し訳ございません。ご協力何卒宜しくお願いいたします。

◆マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	はい・いいえ
◆他の医療機関からの紹介状をもらっていますか？	はい・いいえ

### くつまこどもクリニック問診票

ふりがな		記入日 西暦 2023年( )月( )日
お名前	性別	男 年齢( 歳 ヶ月) 体温( )°C
		女 身長( )cm 体重( )kg

☆当てはまる症状・数字に○をつけて、症状が出てきた月日を( / )にご記入ください。

☆お子さまのまわりに新型コロナウイルスに感染している方はいますか？(いいえ・はい= / ~)
☆お子さまの通園している園・学校はコロナで休園・休校・学級閉鎖になっていますか？(いいえ・はい= / ~)

☆今日はどうされましたか？(・症状なし・再診指示・鼻吸い・喘息の薬・アレルギーの薬・便秘薬・書類)

★みずぼうそう疑い ★おたふくかぜ疑い ★はしか疑い ★風しん疑い(=特別室へご案内いたします)

・発熱 ( / ) ( )時頃からの発熱 最高( )°C ( )日目
・せき ( / ) から( 乾いた咳 痰がらみ ゼーゼー ケンケン )
・鼻水 / 鼻づまり ( / ) から( 黄緑色 透明 出血 )、目の赤み / めやに
・吐き気 / 嘔吐 ( / ) から( )回(突然吐く・咳き込んで吐く)、最後の嘔吐は / 、時ごろ
・下痢 ( / ) から 1日( )回 ( 水様 泥状 血便 白色 緑色 )
・腹痛 ( / ) から( ずっと・ときどき )、おへそより(上・おへそ・下・右・左)
・便秘 ( / ) から便が出ていない・もともと( )日に1回ペース
・蕁麻疹 / 皮膚症状 ( / ) から(頭・顔・口・首・体・背中・手・足・おしり・おまた; 湿疹、赤み、腫れ、水疱、乾燥)
・その他 ( / ) から( )

☆上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？	はい・いいえ
医療機関名:	受診日: ( / )

☆現在使用しているお薬はありますか？	※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は、直近1か月以内の処方薬を除き記載不要です。
なし あり ⇒ どんなお薬ですか？	
※お薬手帳があれば記載不要です。	

☆今の様子を教えてください
* 機嫌は 1 よい 2 まあまあ 3 悪い
* 水分は 1 いつも通り 2 ( / )から普段の半分程度 3 ( / )から普段の半分以下
* 食事は 1 いつも通り 2 ( / )から普段の半分程度 3 ( / )から普段の半分以下
* 睡眠は 1 いつも通り 2 ( / )から普段の半分程度 3 ( / )から普段の半分以下
* おしっこは 1 いつも通り 2 ( / )から少なめ 3 ( / )から出ない

☆お薬希望は( 粉薬・シロップ・錠剤 ) 解熱剤は( 不要・要 = 坐薬・粉薬・シロップ・錠剤 )

☆この一年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診されましたか？
はい いいえ ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様は記載不要です。

◎現在、妊娠中または授乳中ですか？(女性のみ)	はい・いいえ
-------------------------	--------

※病状を確認するために、後日お電話をさせていただくことがございます。 ※錠剤は体重が20kg以上

当院では、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・活用させていただくことにより、より質の高い医療のご提供に努めてまいります。積極的なご利用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)加算1(今まで通り保険証を使用)＝4点※令和5年4月1日～同年12月31日までは6点

◆同上 加算2(マイナ保険証を利用した場合)＝2点

◆同上 加算3(再診時・マイナ保険証を利用しない場合)＝2点※令和5年4月1日～同年12月31日まで