ID＿＿＿＿＿＿＿＿　　受診日　令和　　年　　月　　日

小　児　科　　問　　診　　表

フリガナ		男	生年	年　月　日
氏　名		女	月日	平成・令和　（　　）歳
住　所	〒		電話番号	（　　）　－
			携帯番号	－　－

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。

マイナ保険証をご利用される方へ

★過去、他院でのお薬情報・特定健診情報などを当院が取得することに同意されますか？
（この情報はあなたの診察や健康管理のために使用します）

1.　同意する　　2.　同意しない

★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

1.　持っている　　2.　持っていない

★現在、他の医療機関に通院していますか？

1.　通院している　　2.　通院していない

体　重＿＿＿＿kg　　体　温＿＿＿＿℃　Sp02＿＿＿＿%　　園・学校名＿＿＿＿園・学校

◆　現在の症状に○をつけてください。
・発熱　・頭痛　・のどの痛み　・鼻水　・鼻づまり　・咳　・腹痛　・下痢　・はきけ　・嘔吐
・喘息　・おたふく　・みずぼうそう　・発疹　・その他（　　）
※その症状はいつごろからですか。（　　）

◆　これまでにかかったことがある病気に○をつけてください。
・麻しん（　　才）・風しん（　　才）・みずぼうそう（　　才）・おたふく（　　才）
・百日咳（　　才）・突発性発疹（　　才）・川崎病（　　才）・じんましん（　　才）
・気管支喘息（　　才）・アトピー性皮膚炎（　　才）・アレルギー性鼻炎（　　才）
・けいれん〔熱性けいれん、てんかん、その他（　　）〕
・心臓病　・腎臓病　・肝臓病　・その他（　　）

◆　これまでに受けた予防接種に○をつけてください。
・ＢＣＧ・四種混合（ＤＰＴ・ポリオ）（　　回）・ＤＰＴ（　　回）、ポリオ（　　回）
・Ｈｉｂ（　　回）・肺炎球菌（　　回）・ＭＲ（1回／2回）・日本脳炎・おたふくかぜ
・みずぼうそう・インフルエンザ・Ｂ型肝炎・ロタウィルス・その他（　　）

◆　食べ物や薬・注射で過敏反応（アレルギー反応）などが起きたことがありますか。
薬の名前（種類）とその症状：
食べ物とその症状：
その他のアレルギー：

◆　ご家族についておたずねします。
父：　　才〔健康・　　〕
母：　　才〔健康・　　〕
兄弟（＿＿＿人：その中で本人は＿＿＿番目）
男・女：　　才〔健康・　　〕
男・女：　　才〔健康・　　〕
男・女：　　才〔健康・　　〕
男・女：　　才〔健康・　　〕
男・女：　　才〔健康・　　〕

正信会水戸病院　小児科

R5.2更新