

ゆきこどもクリニック初診問診票

マイナ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持っていますか？ はい いいえ

アリガナ

名前 男・女 才 か月

生年月日

住所〒

連絡先（電話 携帯電話など） 体重 kg

1 本日はどのような症状がありますか？ 発熱・咳・鼻水・喉が痛い 便秘
腹痛・下痢・アレルギー症状 等 その他

2 自宅で熱をはかってきた 度 来院時 度

3 周囲で流行している感染症はありますか？ 水痘 おたふくかぜ
インフルエンザ コロナウイルス その他

4 今日の症状はいつから続いていますか？ 日くらい

5 その症状でお薬を飲んでいますか？ はい いいえ

飲んでいる場合わかる範囲で内容を記載してください

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載不要です。

（お薬手帳をお持ちの方はみせていただければ結構です）

6 今まで入院するような病気をしたことはありますか？ はい いいえ

病名

7 アレルギーがあると診断されたことはありますか？ はい いいえ

8 診断されたことはないがアレルギーがあるのではないかと心配される症状がでたことはありますか？ 具体的な症状をわかる範囲で記載してください

9 今までお薬をのんで具合が悪くなったことがありますか？ はい いいえ

おくすりの名前がわかる場合は記載してください

10 けいれんをおこしたことがありますか？ 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願いいたします。

◆医療情報取得実加算（初診時）加算1 3点 加算2 1点（マイナ保険証を利用した場合）