

## 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

フリガナ

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 k g

- 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 いま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 いま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お願いいたします。

◆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）