新横浜母と子の病院　小児科外来　問診票

年　　月　　日

フリガナ		生年月日	平成・令和 年　月　日 (　才　ヶ月)	体重 kg	体温 ℃
お名前	男・女				

以下は必ずご記入ください。

①今日はどのような症状でのご受診ですか？

□発熱（　　℃）　□鼻水　□咳　□のどの痛み　□嘔吐　□腹痛

□発疹・湿疹　□アレルギーの相談　□園や学校への提出書類依頼／治癒証明発行

□その他

（　　）

②その症状はいつからありますか?

□今朝から　□昨日から　□＿＿＿＿日前から　□その他

③その症状に関して他の医療機関への受診はされていますか？

□している

（医療機関名：　　）

□していない

④現在内服中の薬はありますか?

□ある

（薬品名：　　）

□ない

⑤薬や食べ物のアレルギーはありますか？

□ある

（　　）

□ない

□分からない

⑥希望する薬のタイプはありますか？

□シロップ　□粉　□錠剤　□坐剤(解熱剤)　□希望なし

⑦内服の場合１日の内服回数の希望はありますか?

□ある（□１日３回　□1 日２回）

□ない

⑧医師に伝えておきたい事、聞きたい事があればご自由にご記入ください。

※当院が初めての方、住所・電話番号に変更がある方はご記入ください。

住　所	〒　　－ 電話番号(　　)　　－

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）　加算１　６点

マイナ保険証利用（　有　・　無　）　加算２　２点（マイナ保険証を利用した場合）

医療法人　ワンアンドオンリー　**新横浜母と子の病院**