ブ

□5 番　□6 番　□車
□トリアージ　□　F＋
初診□　　再診□

受診日：　／

問診票

ふりがな 氏名	男 女	歳　ヶ月	体重　kg	体温　℃
お付き添いの方の携帯番号　（　－　－　）　通園・通学先：				

予診票/マイナ保険証についてご記入下さい　□マイナカード持参なし

マイナ保険証による診療情報の取得・活用に同意しましたか？　□同意する　□同意しない

*同意しないを選択された場合はマイナ保険証をご利用であってもマイナ保険証を利用しない場合は加算点数となります。

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	□　はい　□　いいえ
現在、他の医療機関に通医されていますか？	・医療機関名：　・受診日：　／　・治療内容：
現在処方されているお薬はありますか？ご記入またはお薬手帳を提示して下さい。 （マイナ保険証で情報取得に同意された方は直近 1 ヶ月以内の処方薬以外は省略可） ・薬剤名（　）・用量：　（　）・投薬期間：（　日間/　週間/　ヶ月　）	
これまでに大きな病気にかかったことがありますか？（入院や手術を要する病気等）	・病名：（　）　・時期：（　年　月頃） ・医療機関名：（　）・治療内容：（　）
この 1 年間で特定健診は受けましたか？　または乳児健診で指摘事項はございましたか？	・受診日：　／ ・指摘事項：　（マイナ同意の方省略可） 女性の方：・授乳中　・妊娠中（　週）
これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？	・原因： ・症状： ご家族でアレルギー症状がある方はいますか？ （誰：　症状：　）
お子様が産まれた時の状況を教えてください。	・（　）週で出生　・予定日より（　）日早かった/遅かった　・出生体重（　）g ・異常はありましたか？（帝王切開等：　）

症状のご記入をしてください

・PCR 検査・抗原検査：　未　・　済（　日）　・学校・園でのコロナ感染報告：　有　・　無
・学校・園での感染症の報告（例：溶連菌など）（　）

今日はどうされましたか？　いつからですか？　□今日から　□（　）日前から
症状等〔　〕

定期受診⇒　□喘息　□皮膚　□便秘　□その他（　）
定期受診中のご体調について教えて下さい（例：咳が増えたなど→　）

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おります。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　4点　加算２　2点（マイナ保険証を利用した場合）