

# 太陽こども病院問診票

受付後ご記入できた方から順番で診察にご案内いたします

体重

kg

必ずご記入をお願いします

記入日 月 日

フリガナ：	生年月日：《西暦》 年 月 日（ 歳 カ月）
氏名：	性別： 男 ・ 女
電話番号： 続柄（ ）	園名・学校名（ 幼保・小・中・高）
内服中の薬：あり《お薬手帳をご準備下さい》 なし	希望するお薬の剤形と回数《ご希望に添えない場合あり》 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 / 朝夕しか飲めない

## 1. 新型コロナウイルス感染症についてお答えください

- ①自宅で抗原検査をして陽性だった  はい  いいえ  
はいの方⇒ご自宅から当院へお電話をおかけ下さい。発生届、処方に対応をいたします。
- ②1週間以内に新型コロナ感染者と接触があり発熱・気道症状がある  はい  いいえ  
はいの方⇒いつ 月 日頃 誰と どこで  
詳細をご記入ください 例：学級閉鎖中・小規模園で合同保育をしている・学童保育で発生した等  
( )  
発熱外来は完全予約制です。直接来院の方は、院内の状況により診察が受けられない場合があります。
- ③コロナワクチン接種の有無 (あり⇒ 回 直近で 年 月 日 ・ なし )
- ④1週間以内に保護者に発熱・気道症状がある  はい  いいえ  
はいの方⇒保護者の受診の有無 ( あり ・ なし ) 診断名 ( )  
コロナ検査の有無 (あり⇒結果 + ・ - ・ 結果待ち ・ なし )

## 2. 本日の診察の目的をご記入ください

- 前回の続き  定期的な受診  専門外来 ( アレルギー ・ 舌小帯 ・ 心臓 ・ 他 )  
 書類 ( ちゆ証明書 ・ 生活指導管理表 ・ 与薬指示書 ・ その他 )  健康診断  
 水ぼうそう・耳の下の腫れ ⇒受付職員へお知らせください。  
 発疹(できている場所： )  肌荒れ  便秘  その他( )

### 風邪症状の方は以下をご記入お願いします

- 発熱 (37.5℃以上)  
本日の体温 \_\_\_\_\_℃ ( 月 日 時ころから/最高発熱 \_\_\_\_\_℃ )
- 咳 (痰がらみ・ヒューヒュー・ゼーゼー・ケンケン) ( 月 日から )
- 鼻水(透明・黄色・青ばな) ( 月 日から )
- 咽頭痛  呼吸困難・息苦しさ  倦怠感  関節痛  頭痛
- 腹痛 ( いつも痛い ・ なみがある ) ( 月 日から/最終排便 月 日 )
- 嘔吐  嘔気 ( 月 日から 回 最後の嘔吐 時 )
- 下痢 ( 軟便 ・ 水様便 ・ 血便 ) ( 月 日から 回 )  
⇒水分はとれていますか？( 飲める ・ 少し ・ 飲めない )
- その他( )

## 3. 今回の受診で相談やお伝えしたい内容をお書きください

( )

当院は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です。

○本日の受付について

健康保険証

マイナンバーカード（以下、マイナ保険証。）

診療情報取得について 同意していない 同意した

○他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

いいえ  はい

○現在、他の医療機関への通院について

いいえ  はい（医療機関名： \_\_\_\_\_）

（受診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ ころ）（症状： \_\_\_\_\_）

○今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか

いいえ  はい（病名： \_\_\_\_\_）

（いつ頃： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ ころ）

（医療機関名： \_\_\_\_\_）

（治療内容： \_\_\_\_\_）

○これまで薬や食品などで、アレルギーを発症したことがありますか

いいえ  はい（原因： \_\_\_\_\_）

（症状： \_\_\_\_\_）

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 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

（再診時） 加算3：2点（健康保険証を利用した場合）