

# 問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

記載日：R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ	生年月日：大正・昭和・平成・令和		
お名前	男・女	年 月 日	( 歳 )
ご住所 〒			電話番号
ご記入者名(保護者名)	お子様 体重	体温	
	kg	℃	

1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？(下記口にチェックを)

また、それはいつ頃からですか？ → 月 日頃から ・ 日前から ・ ヶ月前から

- |   |                               |                               |                                 |                              |                               |                             |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 咳がでる→                  | <input type="checkbox"/> 乾いた咳 | <input type="checkbox"/> 痰が絡む | <input type="checkbox"/> 喉が痛い   | <input type="checkbox"/> 鼻水  | <input type="checkbox"/> 鼻づまり |                             |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい                   | <input type="checkbox"/> 発熱   | <input type="checkbox"/> 悪寒   | <input type="checkbox"/> 頭痛     | <input type="checkbox"/> 関節痛 | <input type="checkbox"/> 倦怠感  | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気                    | <input type="checkbox"/> 嘔吐   | <input type="checkbox"/> 下痢   | <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ | <input type="checkbox"/> 発疹  |                               |                             |
| <input type="checkbox"/> その他( )                 |                               |                               |                                 |                              |                               |                             |
| <input type="checkbox"/> アレルギー検査希望(即時型・遅延型〈自費〉) |                               |                               |                                 |                              |                               |                             |

2) 今までに下記の病気を指摘されたことはありますか？ → はい(下記口にチェックを) いいえ

- |   |                                |                                 |                                   |                                |                             |
|---|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喘息(小児含む)       | <input type="checkbox"/> 咳喘息   | <input type="checkbox"/> じんましん  | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 花粉症   |                             |
| <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(食品名: ) |                                |                                 |                                   |                                |                             |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病            | <input type="checkbox"/> 高血圧   | <input type="checkbox"/> 心臓病    | <input type="checkbox"/> 高脂血症     | <input type="checkbox"/> 脳神経疾患 | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 気胸             | <input type="checkbox"/> がん( ) | <input type="checkbox"/> その他( ) |                                   |                                |                             |

3) 現在服用している薬はありますか？

はい(薬名: ) いいえ

4) 今までに注射・飲み薬・その他の薬で気分が悪くなったり、発疹が出たり何か異常が起こったことはありますか？

はい(薬名: 症状: ) いいえ

\*ヨードアレルギー\* あり なし

5) タバコを吸われたことはありますか？ はい(1日 本 / 年・禁煙後 年) いいえ

6) アルコールは飲みますか？ はい( を 日 / 週 or 月 ) いいえ

7) 血縁者の中で下記の病気を指摘された方はいらっしゃいますか？それはどなたですか？

喘息(小児含む) ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー
糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 高脂血症 ・ 脳神経疾患 ・ がん ・ その他(病名を)

はい どなた( ) どのような病気( )

いいえ

8) 女性の方へお伺いします。

妊娠されていますか？ はい( 週目) 可能性あり いいえ

授乳中ですか？ はい( 歳 カ月) いいえ

※ 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置として以下の点数を算定致します。

		特例措置(令和5年4~12月)
初診	マイナンバーカードを利用しない	6点
	// 利用する	2点
再診	マイナンバーカードを利用しない	2点
	// 利用する	-