



くまの子キッズ アレルギークリニック

初診 問診票

初めてのの方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入あるいは をつけてください

【ふりがな】	【生年月日】
【氏 名】	(男 ・ 女) 昭和・平成・令和 年 月 日
【住 所】 〒 -	
【連絡先ご自宅】	【携帯電話】

【身長】	cm	【体重】	kg	【診察前の体温】	度 分
------	----	------	----	----------	-----

- ① 本日は、どのような内容で来院されましたか？
- 発熱 咳 (乾いた咳、 しめった咳、 ケンケンした咳) ゼーゼーする のどの痛み
- 鼻水 嘔吐 下痢 発疹 アレルギー相談 その他 ()
- いつからですか？ ()
- ② 薬や食品で調子が悪くなったり、アレルギー反応が起きたことはありますか？
- ない ある ()
- ③ 現在、内服している薬はありますか？
- ない ある ()
- ④ 今回、処方する薬の希望剤型があれば をつけてください。
- シロップ 粉 錠剤 坐薬
- ⑤ 今までにかかった病気はありますか？
- はしか・麻疹 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ けいれん 心臓病
- 突発性発疹 喘息 食物アレルギー その他 ()
- ⑥ 今までに接種した予防接種に をつけてください。
- B型肝炎 ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 BCG MR (麻疹風しん混合)
- おたふく 水痘 日本脳炎 インフルエンザ その他 ()
- ⑦ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？
- 集団生活 していない している
- 流行病気 ない ある ()
- ⑧ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。
- ない ある ()

ご記入いただきありがとうございました

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、マイナ保険証のご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)①加算1 6点 ②加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)
加算3 2点(再診時・マイナ保険証を利用しない場合)※加算3は令和5年4月1日～同年12月31日迄