

# 問診票

保険証変更 ( あり ・ なし )

※保険証はスキャンさせていただきます、ご了承ください。

車ナンバー( )			
フリガナ 名前	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
		年齢	歳 ヶ月
住所	(〒 - ) ※住所は初診の方・変更の方のみ		
電話番号	( - - ) 付き添い ( )		
通園 (通学)	保育園・幼稚園・小学校・中学校		
※お薬は飲めますか? ( シロップ・粉・錠剤 )		体温	°C
※解熱剤を希望されますか? ( はい・いいえ )		体重	kg
※医師の判断で必要な検査を行っていますが、 <b>希望されない方</b> はチェックを → <input type="checkbox"/> 検査希望しません			

1. 今日はどうされましたか? ※予約時に症状を入力した方は2番からご記入下さい

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 熱 ( / ~ °C)      | <input type="checkbox"/> 下痢 ( / ~ 回数: 回) |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 ( / ~ 色あり・透明) | <input type="checkbox"/> 発疹 ( / ~ 部位: )  |
| <input type="checkbox"/> 鼻づまり ( / ~)      | <input type="checkbox"/> かゆみ ( / ~ 部位: ) |
| <input type="checkbox"/> 咳 ( / ~)         | <input type="checkbox"/> 頭痛 ( / ~)       |
| <input type="checkbox"/> 咳き込んで嘔吐 ( / 回)   | <input type="checkbox"/> その他             |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( / 回)        | ( )                                      |

2. 周りで流行している、または接触があった病気はありますか?

- ない  ある (どこで: 流行ってるもの: )

3. 今、通院している病院はありますか?

- ない  ある → (病院: ) ※問診時に詳しくお聞きします

4. 今、飲んでる薬はありますか?

- ない  ある → ※お薬手帳をご持参ください

5. 何か気になることがあればお書きください。

[ ]

6. 【初診の方】アレルギー、アナフィラキシーを起こしたことはありますか?

- なし  ある (薬・食べ物・その他: )

7. 【初診の方】今までにかかった病気はありますか? ★出生体重 ( g)

[ ]

8. 1ヶ月以内に予防接種を受けられましたか?

- いいえ  はい (いつ: / 何を: )

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。