

# 問診票

保険証変更 ( あり ・ なし )

車ナンバー( )		※保険証はスキャンさせていただきます、ご了承下さい。 ※今月初めての方は、体重計での計測をお願いします。	
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・変更ある方のみ		
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	℃
※ 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  
 熱 ( / ~ °C )     下痢 ( / ~ 回数： 回 )  
 鼻水 ( / ~ 色・透明 )     発疹 ( / ~ 部位： )  
 鼻づまり ( / ~ )     かゆみ ( / ~ 部位： )  
 咳 ( / ~ )     頭痛 ( / ~ )  
 咳き込んで嘔吐 ( / 回 )     その他  
 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。