

問診票

ふりがな	生年月日	年	月	日	体温
お名前	年齢	歳	ヶ月		
	体重	kg			℃

〒	自宅電話番号()	—
住所		
(初診の方、もしくは変更があった方のみご記入ください)	携帯電話番号()	—

以前にかかった病気があれば○と記入をして下さい(初診の方)

けいれん	尿路感染症	心疾患	気管支喘息	食物アレルギー(種類:)
薬剤アレルギー(種類:)	その他()		

あてはまる症状に○と記入をして下さい

発熱	(月 日 時頃～	℃)	→けいれん(有/無)
最高何℃まであがりましたか?	℃	最後に解熱剤を使用した時間は	月 日 時
咳	(月 日～)	→(ゼーゼーした呼吸/オットセイの鳴き声のような咳/痰がらみ/空咳)	
喘息	(月 日 時頃～)		
鼻水	(月 日～)		
おう吐	(月 日～)	→(1日 回くらい)	最後に吐いた時間(月 日 時頃)
下痢	(月 日～)	→(1日 回くらい)	色(黄茶色/白色/血便)
便秘	(月 日最終排便)	普段の便は(日に 回)	
痛み	(月 日～)	痛いところ(頭/お腹/耳の下/のど/その他)
皮膚	(月 日～)	(ブツブツ/乾燥/痒み/その他)→(顔/体/手足/その他
他院や救急受診をしましたか	した→(月 日)	(処方されたお薬)
周囲に体調不良の方はいますか?	いる→(家族/園/学校)	(症状)

あてはまる状態に○をしてください

機嫌・元気(普段どおり/やや悪い/悪い)	水分摂取(普段どおり/やや悪い/悪い)
睡眠(普段どおり/やや悪い/悪い)	食事摂取(普段どおり/やや悪い/悪い)
薬のご希望の形は(粉/シロップ/錠剤)	解熱剤の場合(座薬/粉/シロップ/錠剤)

その他(自由にご記載ください)

--

差支えがなければ来院方法をお教えてください(徒歩・自転車・車・その他)

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？	はい	いいえ
他の医療機関様からの紹介状はお持ちですか？	はい	いいえ

*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致します。