

問診票（初診）



点滴室①・点滴室②・点滴室③・点滴室④・隔離室・外待合室

(記入日) 令和 年 月 日

フリガナ				男女	生年月日 年齢	昭・平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)
氏名						
住所	(〒 -)					
電話番号	(自宅) - -			(携帯) - - (続柄:)		
体重 kg	体温 °C	() 保育園 () 幼稚園	(組)	() 小学校 () 中学校	(年 組)	

① 本日はどのような症状がご心配で受診されましたか？

当てはまる症状に○をつけ、その症状がいつ頃からあるのかをご記入ください。

症 状	いつ頃から？どの程度？
発熱 (°C ~ °C くらい)	いつ頃からでしょうか？
頭痛・のどの痛み	いつ頃からでしょうか？
咳・痰・喘鳴 (ゼーゼー)	いつ頃からでしょうか？
鼻水 (色)・鼻づまり	いつ頃からでしょうか？
腹痛・吐き気・嘔吐・食欲不振・下痢・便秘	いつ頃からでしょうか？嘔吐は何回ありますか？下痢は何回ありますか？
発疹・水疱・湿疹・じんましん <small>すいほう</small>	いつ頃からでしょうか？体のどの部分でしょうか？
耳の痛み (右・左)・耳の下の腫れ (右・左)	いつ頃からでしょうか？
その他の症状	

② 現在治療中の病気や服用中のお薬がありますか？ (お薬手帳をお持ちの方はお出しください)

無・有→ (病名 薬名)

③ 現在同居されている方に体調の悪い方はおられますか？ 無・有→ (病名)

④ 周りで流行っている病気はありますか？ 無・有→ (病名)

⑤ これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ 無・有→ (病名)

⑥ 今までに痙攣をおこしたことがありますか？ 無・有→ (いつ頃？)

⑦ 食べ物や薬でアレルギーなど具合が悪くなったことがありますか？ 無・有→ ()

⑧ ご家族内にアレルギーの方がいらっしゃいますか？ 無・有→ ()

⑨ ペットを飼っていますか？ 無・有→ ()

⑩ お薬は錠剤・粉薬どちらをご希望ですか？ (8歳以上・30kg以上のお子さま) 錠剤・粉薬

マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意されましたか？	（はい・いいえ）
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	（はい・いいえ）

【大人の方へ】

<p>※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、記載を省略可能です。</p> <p>この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けられましたか？ 受診時期（ ）指摘事項（ ）</p>	（はい・いいえ）
<p>（女性の方へ）</p> <p>現在妊娠中ですか？ 妊娠中の場合…妊娠周数（ ）特記事項（ ）</p>	（はい・いいえ）
現在授乳中ですか？	（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、
医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しています。
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いたします。**

ご記入ありがとうございました。