

# 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
氏名				(歳 ケ月)
住所	(〒 - - )			
電話番号	① - - (続柄: )	② - - (続柄: )		
体重 kg	来院時の体温 °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○をつける、その症状がいつ頃からあるのかをご記入ください。

当てはまる症状に○をつける	症状がいつ頃から、どの程度あるのか詳しく記入
37.5°C以上の発熱 (~ °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	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**

ご記入ありがとうございました。

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】

※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。 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( )	(はい・いいえ)
(女性の方へ) 現在妊娠中ですか？ 妊娠中の場合…妊娠周数( )特記事項( )	(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。

ご記入ありがとうございました。