

問診票

*おたふく・水ぼうそうの疑いがある方は受付にお申し出ください。

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ か月 _____ 体重 _____ kg

ご希望のお薬の種類 _____ 錠剤 ・ 粉 ・ シロップ ・ 坐薬 ・ どれでもよい

* 他院で処方されているお薬を服用中の方は、お薬手帳も一緒に受付にお渡しください。

必ず を付けてください

院内のお熱 _____ °C

*ご本人又は身近な方で 1 週間以内に抗原検査(自宅での検査含む)や PCR 検査を受けた方はいますか？

いない いる → *受けた方：ご本人・ご家族・その他 _____ *検査日 _____

*理由：濃厚接触・体調不良・仕事・その他 *結果：陽性・陰性・結果待ち

* 1週間以内に新型コロナ陽性と診断された方がお近くにいますか？

いない いる → ご家族・親しいご友人・その他 _____

前回の続き 検査結果 定期受診(喘息・便秘・舌下・アレルギー)

<本日のご症状> に をつけてください。

発熱 _____ 月 _____ 日～ _____ 今回の症状で一番高いお熱 _____ °C

解熱剤最終使用 _____ 時 _____ 分 【熱性けいれんの既往 _____ あり・なし _____】

頭痛 _____ 月 _____ 日～

咳 _____ 月 _____ 日～

鼻水 _____ 月 _____ 日～

のどの痛み _____ 月 _____ 日～

目やに _____ 月 _____ 日～

目のかゆみ _____ 月 _____ 日～

下痢 _____ 月 _____ 日～

吐き気・嘔吐 _____ 月 _____ 日～

腹痛 _____ 月 _____ 日～

便秘 _____ 月 _____ 日～

発疹 _____ 月 _____ 日～ 部位(_____)

皮膚の乾燥 _____

その他(具体的に)

<必要な書類がある方は に をつけてください>

登園許可証 与薬指示書 生活管理指導票 診断書

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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)