

No. _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

問診表(新規)

*水痘、おたふくかぜ疑いの方は受付にお申し出下さい。

ふりがな お名前	性別 (男・女)
-------------	-------------

生年月日 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 才 _____ か月)

体重 _____ kg ※お薬処方の際に必要となります。

ご住所 〒 _____
電話番号 _____ - _____ - _____

これまでにかかった病気
はしか 風疹 おたふくかぜ 喘息
熱性けいれん(_____ 回) / 最後は(_____ 年 _____ 月ごろ)

現在、治療中の病気
 [_____]

内服中のお薬
(_____)

ご本人のアレルギー (有・無)

薬、薬液 (_____)
食物 (_____)
その他 (_____)

ご家族のアレルギーや喘息・その他の病歴
 [_____]

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)

ご希望のお薬の種類 (錠剤・粉薬・シロップ・坐薬)
 *他院でのお薬を内服されている方は、お薬手帳を受付にお渡しください。

院内のお熱 _____ °C

必ず☑をつけてください

*1週間以内に、新型コロナ陽性者の方がまわりにはいますか?(ご家族・同じクラス・ご友人)
いる いない

*1週間以内に、PCR検査又は抗原検査(自宅での検査を含む)を受けた方はいますか?
受けた 受けていない

→「受けた」と回答された方(理由:濃厚接触・仕事の為・風邪・その他→ _____)
 いつ: _____ どなたが: _____ (結果:陽性・陰性・結果待ち)

今日の症状に☑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
 解熱剤最終使用時間 (_____ : _____)

頭痛 _____ 月 _____ 日~
咳 _____ 月 _____ 日~
鼻水・鼻づまり _____ 月 _____ 日~
のどの痛み _____ 月 _____ 日~
目やに・目のかゆみ _____ 月 _____ 日~
目の充血 _____ 月 _____ 日~
下痢 _____ 月 _____ 日~
嘔吐・吐き気 _____ 月 _____ 日~
腹痛 _____ 月 _____ 日~
便秘 _____ 月 _____ 日~

発疹 _____ 部位: _____
皮膚の乾燥 _____ 部位: _____

その他(具体的に)
 [_____]