

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。

問 診 票

ふりがな

お名前 _____ 男・女（未就園・幼稚園・保育園・小中学校）

生年月日（令・平・昭） _____ 年 _____ 月 _____ 日 / 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

体重 _____ Kg 来院時体温 _____ °C

住所 _____ TEL _____

▶気になる症状は何ですか？

○発熱（ _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時頃から、最高 _____ °Cくらい）

○せき（ _____ 日前から、多い時間帯：朝・昼・夕・睡眠時〔眠れる・眠れない〕・1日中）

○鼻水（ _____ 日前から、ときどき・常に、鼻詰まり〔眠れる・眠れない〕）

○痛み（頭・のど・耳・お腹・その他 _____）

○吐いた、吐き気（ _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時頃から、 _____ 回くらい）

○便秘、下痢（形のある軟便・泥状・水様）

○うつる病気の可能性（みずぼうそう・おたふく・その他 _____）

○発疹（場所： _____）

○その他（ _____）

▶過去・現在の病気はありますか？

○けいれん（ _____）

○喘息（飲んでいる薬： _____）

○その他（ _____）

▶お薬について

○1日に3回の内服はできますか？（はい・いいえ）

○飲むことのできる薬のタイプは？ 第一希望（シロップ・粉・錠・坐薬・どれでも）

第二希望（シロップ・粉・錠・坐薬・どれでも）

○他の医療機関で処方された薬はありますか？（はい・いいえ）

▶その他の来院目的はありますか？

経過報告・結果説明・定期処方・尿検査・各種証明書・その他（ _____）