

# 問診票

(〒      -      )

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 年令 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ (      ) 緊急連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

体温 (      ) °C 体重 (      ) g・kg ※大人の方は体重の記入は必要ありません。

①「マイナ保険証による診療情報取得について」を読まれて確認されましたか？

・ はい

②今日はどうされましたか？ (いつ頃から： \_\_\_\_\_ )

- ・ 発熱・鼻水・鼻づまり・咳・ゼーゼー・息苦しい
- ・ あたまたた・のどが痛い・おなかいだ・はく・げり・食欲がない・尿が出ない
- ・ しっしん・しこり・ひきつけ・手足がいたい・耳がいたい・耳の下のはれ
- ・ 他の症状：

③今回のことで、他の医療機関へ受診されましたか？

・ はい ( 月 日 受診 )      ・ いいえ

処方されたお薬 ( \_\_\_\_\_ ) お薬手帳などをお持ちの場合は見せてください。

④集団生活をされていますか？ (幼稚園・保育園・学校など)

はい・いいえ

⑤家族・お友達など同じ症状の人がいますか？

いる・いない

⑥お子さんが今まで何か病気にかかるか、あるいは手術したことがありますか？

- ・ 熱性けいれん・熱のないけいれん・ぜんそく・心臓病・腎臓病・脳神経の病気
- ・ 目の病気・はしか・風しん・みずぼうそう・おたふくかぜ・百日咳・川崎病・未熟児
- ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑦アレルギーについて

- ・ 薬物アレルギー： あり・なし・食物アレルギー： あり・なし
- ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑧薬の希望について (ご希望があればお答えください)

・ 内服薬： \_\_\_\_\_ ・ 粉 \_\_\_\_\_ ・ 水薬 \_\_\_\_\_ ・ 錠剤 \_\_\_\_\_ ・ 解熱剤： \_\_\_\_\_ ・ 内服薬 \_\_\_\_\_ ・ 座薬 \_\_\_\_\_

⑨当院を何でお知りになりましたか？ 複数回答可

- ・ 知人や家族の紹介(お名前 \_\_\_\_\_ )      ・ ホームページ      ・ 保健センター
- ・ 通りがかり      ・ 雑誌や看板を見て      ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )