

# 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
- ・ あたまいた ・ 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 ( \_\_\_\_\_ )