

問 診 表

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	S・H・R	年	月	日
お名前					(歳	ヶ月)
ご住所	〒		身長	体重	体温 (診察前)	記入者	
電話番号			cm	kg	℃	母親・父親 祖父母 その他()	
① マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？			保育園・幼稚園・学校名をご記入ください。				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
② 前回(1ヶ月以内)の続きですか？							
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
③ いつから(前回の診察以降)、どのような症状がありますか？							

いつから	症 状	
例:11/18~	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	最高39.4℃
例:2,3日前	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	眠れない
例:ずっと	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	おねしょ
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	
	咳・発熱・鼻汁・腹痛・嘔吐・下痢・その他	

- ④ 今回の症状でどこか受診しましたか？
 いいえ はい(処方された薬)
- ⑤ 周囲で流行している病気はありますか？
 いいえ はい()
- ⑥ 食べ物、薬などでアレルギーはありますか？
 いいえ はい()
- ⑦ これまでに入院したような病気・大きな病気はありますか？
 いいえ はい()
- ⑧ 飲み薬の希望はありますか？
 いいえ はい(シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)

その他、伝えておきたいこと・相談・質問などあればお書きください。

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おります。
 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。