問診票（初めての方）

受診日　　年　　月　　日

フリガナ お名前	男・女	生年月日	昭・平・令 年　月　日生 年齢　歳（　カ月）
〒　－ ご住所			
電話番号（繋がりやすい連絡先）　－　－			体重　Kg

1. どのような症状で受診されましたか？（当てはまる症状全てに○をつけてください）
   熱 ・ 発疹 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻詰まり ・ ゼーゼー ・ 喉の痛み ・ 耳の痛み ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢
   便が出ない ・ その他（　　）
2. 症状はいつからですか？どのような経過ですか？（経過を詳しく教えてください。）
   （　　）
3. 水分・食事はとれていますか？　普段どおり ・ 水分はとれる ・ どちらもとれない
4. 機嫌はどうですか？　普段どおり ・ 少しぐずっている ・ 機嫌が悪い
5. ご家族の方で同じような症状の方はいますか？どなたがいつからどのような症状ですか？
   （　　）
6. 保育園・幼稚園・学校で流行している病気はありますか？
   特にない ・ RS ウイルス ・ 溶連菌 ・ 胃腸炎 ・ 手足口病 ・ ヘルパンギーナ ・ プール熱 ・ インフルエンザ
   おたふく ・ 水痘（水ぼうそう） ・ 麻しん（はしか） ・ 風しん
   その他（　　）
7. お薬を 1 日 3 回飲ませることはできますか？　はい ・ いいえ
8. 希望のお薬の形状（複数回答可）　粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ なんでもよい
9. かかったことのある大きな病気や通院している病気はありますか？
   特にない ・ 喘息 ・ 熱性けいれん ・ その他（　　）
10. 食べ物やお薬のアレルギーはありますか？　はい ・ いいえ
    原因となった食べ物やお薬の種類、症状について詳しくご記入ください
    （　　）
11. 今回の受診で、特に気になっていることや相談したいことがありましたらご記入ください
    （　　）

- お会計がないとき、**領収書・明細書の発行**を希望されますか？ はい ・ いいえ
- 当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供につとめてまいります。
  正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力お願いいたします。
- マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？　はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました