

問診票

診察券 No. _____

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名	〒 -		昭・平・令 年 月 日 (才 ヶ月)
住所*			電話番号* ()

※住所、お電話番号は初診の方のみ

体重		kg	本日の体温	°C
----	--	----	-------	----

マイナンバーカード 有・無 マイナ保険証による診療情報取得に同意する
 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? (はい ・ いいえ)

本日はどうなさいましたか? 当てはまるものにチェックをつけてください。

熱 (最高体温 °C) 鼻水・せき ゼイゼイする 頭痛 腹痛 下痢 吐き気・嘔吐
便秘 発疹 アレルギーの相談 夜尿(おねしょ) その他 ()

症状はいつ頃からありますか? 約 ()日・週間・ヶ月・年前から

ご家族で同じ症状の方はいますか? 2週間以内に新型コロナウイルスに感染された方はいますか?。

いいえ はい ()

保育園、幼稚園、学校で流行している病気はありますか? (わかる範囲で結構です)

特にならない 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 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ インフルエンザ
新型コロナウイルス その他 ()

これまでにかかった病気はありますか? また、現在処方されている薬があれば教えてください。

ご希望のお薬の形状 (複数回答可) シロップ 粉薬 錠剤またはカプセル

食べ物やお薬、注射などでじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか?

なし 食べ物 () 薬 ()

出生時の様子を教えてください ※初めての方のみ

出生体重 ()g・在胎週数 ()週 ()日 正常分娩 異常分娩 帝王切開

ご希望される項目があれば選択してください

お薬の変更 検査 文書(治療証明書、アレルギー指示書など)
その他 ()

★オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について★当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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。厚生労働省の規定により医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。初診時・加算1「6点」・加算2「2点」(マイナ保険証を利用した場合)再診時・加算3「2点」(健康保険証での受診)