問診票

ふりがな		性別		現在の体重	来院時体温
お名前		男	女	kg	°C
				正確な体重がわからない時は測って下さい。	
年齢	歳	本日付きそいの方の電話番号			母・父・その他 ()
本日の交通手段	車・自転車・徒歩・その他 ()				*感染予防のためお車でお待ちいただく事があります。
園・学校名					・通園なし
ご家族や園・学校で流行っている病気はありますか？					
胃腸炎・溶連菌・アデノ・RSウイルス・手足口病・コロナ・インフルエンザ・他 ()					
食べ物やお薬のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ()					
どうされましたか？ あてはまるものに○をつけてください。					
・発熱 (月 日 AM・PM 時から) 最高 °C					
・咳 (乾いた咳 痰がらみ ケンケン)					
・鼻水 (鼻づまり 黄緑色 透明)					
・ぜいぜい					
・のどの痛み					
・下痢 (1日 回) 水様 泥状 血便 白色					
・便秘 (元々 日に1回、最終排便 日前)					
・おう吐 (1日 回) 最終 時頃					
・その他 ()					
※食事 (普段通り / 少なめ / 全くとれていない)					
※水分 (普段通り / 少なめ / 全くとれていない)					
※おしっこ (普段通り / 少なめ / 全く出ていない)					
☆お薬の希望 (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤) ☆解熱剤は？ (不要 ・ 要 → 坐薬・粉薬・錠剤)					
◆現在、他の医療機関に通院中ですか？ また今回の症状について他の医療機関で診てもらいましたか？					
いいえ ・ はい 医療機関名 ()					
◆現在内服しているお薬はありますか？お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡し下さい					
いいえ ・ はい ()					

ご協力ありがとうございました

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います。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。
(当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です)