

☆...☆...☆... 問診票 ...☆...☆...☆...

フリガナ 通称名 性別 年齢 歳  
名前 希望あり  男・女・他

本日の体温 度 体重 kg 通っている 園・学校

あてはまる項目にチェックをお願いします

- 新型コロナウイルス感染症の療養中である(隔離期間)
- 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者である
- 過去7日以内に、家族や友人が 新型コロナウイルス感染があり、接触がある
- 新型コロナウイルスにより、学級閉鎖 もしくは 学年閉鎖中である
- 味やにおいがしない
- 上記のいずれにも該当しない

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います。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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1...4点 加算2...2点(マイナ保険証を利用した場合)

※食べ物やお薬にアレルギーはありますか？

・なし ・たまご ・小麦 ・乳 ・大豆 ・薬( ) ・その他( )

※これまでにかかった病気はありますか？定期的な治療を受けている病気はありますか？

・なし ・熱性けいれん ・喘息 ・アトピー ・アレルギー性鼻炎 ・その他( )

一番のお困りごとはなんですか？

いつからどのような症状がありますか？

現在 内服中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

お薬手帳なしの場合 薬の内容を教えてください  お薬手帳持参

初めて受診される方/変更のある方はご記入ください

カルテ番号

フリガナ 性別 生年 昭和 平成 令和 年 月 日  
名前 男・女・他 月 日

通称名でのお呼び出しご希望  あり

フリガナ 名前

住所 〒

電話番号

