



# 問診票



For ALL Children and Families

中野こども医院

フリガナ  
名前

通称名  
希望あり

性別  
男・女・他

年齢

歳

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いれ、受付までお申し出ください。

- 新型コロナウイルス感染症の療養中である(隔離期間)
- 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

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。御同意いただけない場合はこちらにマークをお願いします。→

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(保険証利用の場合)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？定期的に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( )

※この1年間に健診を受診した ・はい(指摘事項 ) ・いいえ

※他院からの紹介状 ・あり ・なし

※現在 妊娠中 である ・はい( 週 ) ・いいえ

※現在 授乳中 である ・はい ・いいえ

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？他院を受診されている場合もその内容をご記入ください

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



6歳以上・AI(人工知能)によるインフルエンザ検査をご希望の方は 以下にお答えください

今回ご来院前の一番高い(ピーク)体温 ( 度 )

発熱の最初の日はいつですか？ 発熱がない場合は、最もつらい症状が出現した時をお知らせください。

月 日 の 午前・午後 時ごろ

該当する症状を○で囲んでください

頭痛    せき    のどの痛み    鼻水や鼻づまり    腹痛    嘔吐    下痢

関節痛    筋肉痛    体のだるさ    食欲不振    寒気    汗をかいた

発熱されている方またはインフルエンザの方と、3日以内の接触はありますか？ あり ・ なし

解熱剤(イブ・パファリン・ロキソニンなどの市販薬を含む)の使用はありますか？ あり ・ なし

インフルエンザワクチンは接種していますか？ 接種済み(1回目 月) ・ 未接種

以下は スタッフ記入欄

来院時の体温 ( )度

来院時の脈拍 ( )回/分