

受付  
番号

# 問 診 票

受診日

お名前

性別 男 ・ 女

生年月日 平成 ・ 令和 年 月 日

歳 月

学校

(幼稚園・保育園)

体重

kg

★最近体重を測っていない場合は、  
院内の体重計で計測して下さい。

## 1.本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

- 発熱 月 日から 最高 °C 現在の熱 °C  
ぐったりしていますか？ はい いいえ  
水分はとれますか？ はい いいえ
- 咳 月 日から 喘鳴(ゼエゼエ) 痰絡みの咳 乾いた咳  
夜は寝られましたか？ はい いいえ
- 鼻水 月 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり
- 痛み 月 日から 部位 [ ]
- 腹痛 最後に排便があった日は 月 日
- 吐き気 月 日から 嘔吐 月 日 時頃から 回
- 下痢 月 日から 泥状 水様 すっぱいにおいがある 白色
- 発疹 月 日から 部位 [ ]
- その他の症状 [ ]

## 2.アレルギーはありますか？

- 薬 あり ( ) なし  
食べ物 あり ( ) なし

## 3.現在、他の医療機関へ通院・受診中ですか？

はい いいえ

はいの方→症状 [ ] 治療内容 [ ]

## 4.現在、薬を飲んでいますか？はいとお答えの方は診察室でお薬手帳もみせてください。

はい いいえ

## 5.他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

はい いいえ

## 6.ここ数週間で本人の周囲で流行している病気はありますか？

はい いいえ

※『はい』とお答えの方、流行している病名をご記入下さい [ ]

## 7.最近、海外へは行きましたか？

はい [渡航先] いいえ

## 8.マイナ保険証(マイナンバーカード)の保険証利用による診療情報取得に同意しますか？はい いいえ

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。

## 9. 出生歴 ※初診の方はご記入ください

出生体重 g 在胎週数 週

★出生時にお母様やお子様に何か異常はありましたか？ はい ( ) いいえ

## 10.今まで大きな病気やけがで入院されたことはありますか？ ※初診の方はご記入ください

はい ( ) いいえ

※住所・電話番号に変更のある方はご記入下さい。

〒

電話番号