

# 問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		性別
患者様のお名前		男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 カ月)	
ご住所	〒 -	
自宅電話	- -	携帯電話 - -

現在の身長 (                      cm)                      現在の体重 (                      kg)  
現在の体温 (                      ,                      °C)                      (                      ) 人きょうだいの (                      ) 番目

☆ 当てはまる項目にチェックをつけてください

- ねつ                      日前から                      最高                      ,                      °C →                      月                      日                      時頃
- せき                      日前から
- 鼻水                      日前から
- おう吐                      日前から                      1日                      回
- 下痢                      日前から                      1日                      回
- 腹痛                      日前から
- 頭痛                      日前から

その他 当てはまる項目に○をつけ、具体的にご記入ください

( 皮膚症状・便秘・アレルギー・発達相談・夜尿症・その他 )

☆ アレルギーの既往のある方は、当てはまる項目に○をつけ、具体的にご記入ください

( 食物・薬剤・その他 )

☆ 現在治療中の病気や過去に治療した病気のある方はご記入ください

( )

※現在服用中のお薬がある方は診察の際にお薬手帳を確認する事がございます

☆ 特に希望する事や伝えておきたい事があればご記入ください

( )

☆ 現在、お子様の周りで下記の病気の方がいる場合は○をつけてください

- ・新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ・感染性胃腸炎・水ぼうそう・おたふく風邪・麻疹・風疹
- ・溶連菌感染症・手足口病・ヘルパンギーナ・プール熱（アデノウイルス）・RSウイルス感染症

※診療情報を取得・活用した医療の提供の為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算加算→4点（マイナ保険証を利用→2点）