初めての方

ふりがな		性別
お名前		男　　女
生年月日	平成　・　令和　・　西暦　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）	
ご住所	〒	
電話番号	（自宅）　　（携帯）　　母 ・ 父 ・ その他（　）	

◆出生時の事について教えて下さい。

・出生体重　（　　グラム　）

・出産時や乳児健診で異常があると言われたことがありますか？

いいえ　・はい（　　）

◆これまでにかかった病気、または現在治療通院中の病気があれば〇を付けて下さい。

・ぜんそく　・熱性けいれん　・てんかん　・川崎病　・腸重積

・突発性発疹　・百日咳　・おたふくかぜ　・水ぼうそう

・アトピー性皮膚炎　・アレルギー性鼻炎　・心疾患　・発達障がい

・その他（　　）

◆食べ物やお薬のアレルギーはありますか？

食べ物（ 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他：　　）

お薬　（　　）

その他（ 花粉 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ ネコ ・ イヌ ・ その他　　）

◆ご家族について教えて下さい。

・アレルギー体質の方はいますか？

（ ぜんそく ・ 食物アレルギー ・ アトピー性皮膚炎 ・花粉症 など）

いない　・　いる→（どなたですか？　　病名　　）

・ご自宅でタバコ（電子タバコを含む）を吸う人はいますか？

いない　・　いる→（どなたですか？　　）

・ご自宅や祖父母宅でペットを飼っていますか？

飼っていない　・　飼っている→（ 犬 ・ネコ ・ うさぎ ・ その他　　）

◆マイナンバーカードを保険証として使用している方にお伺いします。

マイナンバーカードによる診療情報取得に同意頂けますか？

いいえ　・　はい

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）

2枚目もご記入お願いします。

問診票

ふりがな		性別	体重	来院時体温
お名前		男　　女	kg	℃
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	周りで流行している病気はありますか？		

食べ物やお薬のアレルギーはありますか？　いいえ・はい（　　）

本日はどうされましたか？ あてはまるものに〇をつけてください。

・発熱（　　月　　日　　時から）最高　　℃
・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)
・その他（　　）

・頭痛
・腹痛
・皮膚の症状
（ﾌﾞﾂﾌﾞﾂ　じんま疹　かゆみ　ｶｻｶｻ　虫さされ）
・アレルギー
（食べ物　喘息　花粉　アトピー）
・夜尿症の相談

☆**コロナ検査の希望**　しない　・　する　　＊検査の要否は医師の判断になります。

※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ご提示下さい。）

いいえ　・　はい（　　）

◆　今現在を含め、1週間以内に37.5℃以上の熱が出ることがあった。　はい　・　いいえ
◆　咳や鼻水、のどの痛み、下痢、嘔吐などの症状がある。　はい　・　いいえ
◆　1週間以内に同居家族にコロナ2019に感染した人がいる。　はい　・　いいえ
◆　2ヶ月以内に本人がコロナ2019に感染した。　はい　・　いいえ

はいの方　→　いつ（　　月　　日～）

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）

ご協力ありがとうございました