

問診票

ふりがな		性別	体重	来院時体温
お名前		男 女	kg	°C
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○をつけてください。				
<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 (月 日 時から) 最高 °C ・頭痛 ・咳 (乾いた咳 痰がらみ ケンケン) ・腹痛 ・鼻水 (鼻づまり 黄緑色 透明) ・皮膚の症状 ・ぜいぜい (フツツ じんま疹 かゆみ かな 虫さされ) ・のどの痛み ・アレルギー ・下痢 (1日 回) 水様 泥状 血便 白色 (食べ物 喘息 花粉 アトピー) ・便秘 (元々 日に1回、最終排便 日前) ・夜尿症の相談 ・おう吐 (1日 回) ・その他 () 				
☆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 / 全く出していない)				
☆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°C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