

問診票(中学生以下)

ID

記入年月日：令和 . .

フリガナ		男 ・ 女	平成・令和	
氏名			年 月 日生(歳)	
現住所 <small>*変更された際はお知らせ下さい</small>	【〒 - 】			
電話番号 <small>*変更された際はお知らせ下さい</small>	() -	体重	.	kg
携帯番号 <small>*変更された際はお知らせ下さい</small>	- -	当院での体温	.	°C

<input type="radio"/> 本日は他の医療機関からの紹介状はお持ちですか	(はい・いいえ)
<input type="radio"/> マイナ保険証(保険証と紐付けされたマイナンバーカード)をお持ちですか 「はい」と答えられた方は本日、診療情報取得に同意されましたか	(はい・いいえ) (はい・いいえ)
<input type="radio"/> 現在治療中の病気はありますか 「はい」と答えられた方はどのような病名ですか 病名 () 通院中の医療機関名 () 最終受診日 (/)	(はい・いいえ)
<input type="radio"/> また、薬を飲んでいますか 「はい」と答えられた方はどのようなお薬を飲まれていますか(お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい) ()	(はい・いいえ)
<input type="radio"/> 過去に大きな病気にかかったことはありますか(入院や手術を要する病気など) 「はい」と答えられた方はどのような内容ですか (病名 . 歳頃) その時、輸血をしましたか	(はい・いいえ) (はい・いいえ)
<input type="radio"/> 過去に薬や注射や食品で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか 「はい」と答えられた方はどのような薬・注射・食品でしたか ()	(はい・いいえ)
<input type="radio"/> ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか 「はい」と答えられた方はいつ頃でしたか (歳頃) その際、熱がでましたか	(はい・いいえ) (はい・いいえ)
<input type="radio"/> 処方の際、錠剤やカプセルの服用はできますか	(はい・いいえ)

裏面もご記入下さい↔

※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。

医療法人いつき会 いつきクリニック一宮

◆症状はいつからですか？(月 日頃～)

◆当てはまる症状にチェックを入れてください。

発熱

いつから() (最高体温 . °C)

(解熱剤内服の有無 なし あり(時頃)

咳 痰 頭痛 鼻水

喉の痛み 嘔気 嘔吐 下痢

関節痛 倦怠感 味覚・嗅覚障害

腹痛 食欲不振 寒気

腰背部痛 排尿違和感 かゆみ(部位)

その他

()

◆感染リスク 職場/家族/集団感染リスク(2週間以内)

・身の周りでの発熱者 なし あり(関係:)

・新型コロナ陽性者との接触 なし あり(接触を疑う日: /)

・インフルエンザ陽性者との接触 なし あり(接触を疑う日: /)

・コロナワクチンは接種されましたか？

はい (回接種済 最終接種日 /) いいえ

◆女性の方へ (レントゲン検査や投薬に配慮する為)

現在妊娠している可能性はありますか？

(生理が予定より遅れているなど)

はい → 妊娠中 可能性あり 不明

いいえ → 生理中 最終月経日(/) 授乳中 閉経

◆その他、何かございましたら、ご記入ください。