

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	【〒 - 】 *変更された際はお知らせ下さい		
電話番号	() -	体重	. kg
携帯番号	- -	当院での体温	. °C *変更された際はお知らせ下さい

○ 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)

○ 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 ・ いいえ)

「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)

○ 現在治療中の病気はありますか

(はい ・ いいえ)

「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(/)

○ また、薬を飲んでいますか

(はい ・ いいえ)

「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)

()

○ 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 ・ いいえ)

「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)

○ 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 ・ いいえ)

「はい」と答えられた方 はどのような薬・注射・食品でしたか ()

○ ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか

(はい ・ いいえ)

「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)

○ 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 いつきクリニックー宮

◆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

□嘔氣

□嘔吐

□ 下痢

☐ 關節痛☐ 倦怠感

□味覚・嗅覚障害

☐ 腹痛

□ 食欲不振

□寒氣

□腰背部痛

□ 排尿違和感

☐かゆみ(部位)

☐ その他

$$(\quad)$$

◆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： ）

◆検査の希望

☐なし ☐医師と相談

☐あり(インフルエンザ・新型コロナ)

➡ ご希望の項目に○をつけて下さい

◆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

◆その他、何かございましたら、ご記入ください。

ご記入後は受付までお願い致します。

いつきクリニックー宮