

一般外来 問診票

ふりがな 氏名:	男・女	生年月日:	年	月	日(歳)
体重	kg	本日の体温	℃		
主訴:					
今日が今回の症状で初めての受診ですか? はい・いいえ(症状は 改善・変わらない・悪化)					
経過:(いつからどのような症状がありますか)					
周りに同じ症状の方はいます(いました)か? はい(誰:)・いいえ					
幼稚園・保育園通園中ですか? はい(園名)・いいえ					
周囲で流行中の感染症はありますか? はい(病名:)・いいえ					
今使用中のお薬がありますか 「はい」の方は種類 ()					
薬・食べ物にアレルギーがありますか はい()・いいえ					
今までに通院が必要な病気にかかったり、入院されたことはありますか? はい・いいえ 「はい」の方は具体的に(いつ 何の病気) :					
薬剤の形状の希望はありますか シロップ ・ 粉 ・ 錠剤					
その他、伝えたいことがあれば記載してください					
診断書の希望 有・無					
マイナ保険証はお持ちですか はい ・ いいえ					
お持ちの方は□に✓をお願いします→ □マイナ保険証による診療情報取得に同意します					

※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いたします。