

問 診 票(0歳～18歳:高校生)

ふりがな			日付		ID	
お子様の氏名		生年月日 (西暦)	年	月	日生	年齢 歳 ヶ月
	身長	cm	体重	Kg	性別	男 ・ 女
住所	〒					
父氏名		携帯電話			固定電話	
母氏名		携帯電話				
上記以外氏名		携帯電話			固定電話	

園・学校名	
-------	--

既往歴	気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 熱性けいれん ・ てんかん ・ 糖尿病 ・ 高血圧 心疾患() ・ 脂質異常症(高コレステロール血症) ・ 高度肥満(BMI 30以上) アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー() ・ 薬剤アレルギー() 呼吸器疾患() ・ 免疫抑制剤使用中 ・ 悪性腫瘍 その他 現在治療中の疾患、過去に入院や手術を要する疾患など:
-----	--

予防接種歴	Hib ・ 肺炎球菌 ・ 麻疹 ・ B型肝炎 ・ 4(3)種混合 ・ BCG ・ MR (麻疹風疹) ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 ・ インフルエンザ ・ 子宮頸がん
-------	---

新型コロナワクチン 予防接種歴	未接種 ・ 接種済:()回／最終接種日 年 月 日 (ファイザー・モデルナ・ノババックス・その他)
--------------------	--

家族歴	花粉症 ・ 気管支喘息 ・ てんかん ・ 熱性けいれん ・ 高血圧 ・ 高脂血症(高コレステロール) 痛風 ・ 糖尿病 その他 * 同居家族に高齢者や基礎疾患など重症化しやすい方と同居している (はい ・ いいえ)
-----	--

通院または普段利用 している医療機関			
本日当院を選んで来 院 された理由	(例: かかりつけが休診、知人に勧められて、など)		
現在服用中の薬			
希望剤型	粉 ・ シロップ ・ 錠剤	嫌がって内服できなかった薬品名	

症状・経過 (いつから、どのような 症状)	(例) ○/△～咳、鼻水 ○/□～熱38.5℃、倦怠感、頭痛
-----------------------------	--------------------------------

診療費請求明細書(領収書とは別)の発行を希望しますか？ (診療費請求項目の詳細が記載されているもの)	はい ・ いいえ
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	はい ・ いいえ

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。
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

問 診 票(19歳以上)

ふりがな		日付	ID				
氏 名		生年月日 (西暦)	年	月	日生	年齢	歳
	身長	cm	体重	Kg	性別	男 ・ 女	
住所	〒						
携帯電話		固定電話					

緊急連絡先氏名		携帯電話		続柄・関係	
---------	--	------	--	-------	--

職種と会社名 (学生の方は学校名)	
----------------------	--

新型コロナワクチン 予防接種歴	未接種 ・ 接種済:()回／最終接種日 年 月 日 (ファイザー・モデルナ・ノババックス・その他)
--------------------	--

現在治療中の病気、 または過去に罹った ことのある病気	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 脂質異常症(高コレステロール血症) ・ 心疾患() 呼吸器疾患(COPD・その他:) ・ 高度肥満(BMI 30以上) ・ 慢性腎臓病 透析中 ・ 免疫抑制剤使用中 ・ 悪性腫瘍 ・ 気管支喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 食物アレルギー() ・ 薬剤アレルギー() ・ てんかん ・ 熱性痙攣 その他 現在治療中の疾患、過去に入院や手術を要する疾患など:
喫煙歴等	喫煙歴(電子タバコを含む): なし ・ あり(1日 本 x 年間) ・ 禁煙した(才まで喫煙) 妊娠中(妊娠の可能性含む)、授乳中

家族歴	花粉症 ・ 気管支喘息 ・ てんかん ・ 熱性けいれん ・ 高血圧 ・ 高脂血症(高コレステロール) 痛風 ・ 糖尿病 その他 * 同居家族に高齢者や基礎疾患など重症化しやすい方と同居している (はい ・ いいえ)
-----	--

通院または普段利用 している医療機関	
本日当院を選んで 来院された理由	(例: かかりつけが休診、知人に勧められて、など)
現在服用している薬	

症状・経過 (いつから、どのような 症状)	(例) ○/△～咳、鼻水 ○/□～熱38.5℃、倦怠感、頭痛
-----------------------------	--------------------------------

診療費請求明細書(領収書とは別)の発行を希望しますか？ (診療費請求項目の詳細が記載されているもの)	はい ・ いいえ
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	はい ・ いいえ

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

症状観察記録

お名前(かな)

()

体重

kg

月／日	(例) 1／1	／	／	／	／	／	／	／
測定時間	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
体温	(℃)							
症状	のどの痛み	++ ⊕ -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	せき	⊕ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	呼吸音(ゼーゼー)	⊕ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	鼻水	++ ⊕ -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	吐気	++ ⊕ -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	嘔吐(回数)	1 回	回	回	回	回	回	回
	便(回数)	1 回	回	回	回	回	回	回
便の性状	水 軟 ⊕ 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	
その他の症状や気付いた点がありましたら記入して下さい								

●症状、便については該当する項目に○をつけて下さい。
++：強い　＋：弱い　－：なし
水：水のような便　軟：軟らかく形のない便　普：正常な便

●体温は朝・昼・夕3回測定して下さい。
★次回、来院の際にご記入の上、ご持参下さい。

症状観察記録

お名前(かな)

()

体重

kg

月／日	(例) 1／1	／	／	／	／	／	／	／
測定時間	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕	朝 昼 夕
体温	(℃)							
症状	のどの痛み	++ ⊕ -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	せき	⊕ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	呼吸音(ゼーゼー)	⊕ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	鼻水	++ ⊕ -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	吐気	++ ⊕ -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -	++ + -
	嘔吐(回数)	1 回	回	回	回	回	回	回
	便(回数)	1 回	回	回	回	回	回	回
便の性状	水 軟 ⊕ 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	水 軟 普	
その他の症状や気付いた点がありましたら記入して下さい								

●症状、便については該当する項目に○をつけて下さい。
++：強い　＋：弱い　－：なし
水：水のような便　軟：軟らかく形のない便　普：正常な便

●体温は朝・昼・夕3回測定して下さい。
★次回、来院の際にご記入の上、ご持参下さい。