

初めて受診される方へ

記入日 令和 年 月 日

以下に記入、または当てはまるものに✓してください。

ふりがな		愛称	
名前		性別	<input type="checkbox"/> 男の子 <input type="checkbox"/> 女の子
生年月日	平成 年 月 日 (歳 か月) 令和		
きょうだいの有無	<input type="checkbox"/> 有：() 人きょうだいの () 番目 <input type="checkbox"/> 無：		
住所	〒 —		
電話番号	自宅 () —		
	携帯電話 — —		
学校・幼稚園・保育園			

※ 他の医療機関からの紹介状をお持ちでしたら、受付にお渡しください。

個人情報の取り扱いについて

記載していただいた個人情報は、以下の目的のために利用させていただきます。

以下をお読みいただき、個人情報の取り扱いについて、どちらかにチェックをお願いします。

同意します 同意しません

次の目的のために利用します。

- あなたに医療サービスを提供するため
- あなたに提供した医療サービスに関する医療保険事務を行うため
- あなたに関する会計・経理・医療事故等の報告、医療サービス向上のため

※ 上記以外の目的で患者様の情報を利用する場合、理由を説明し、同意を得た上で行います。

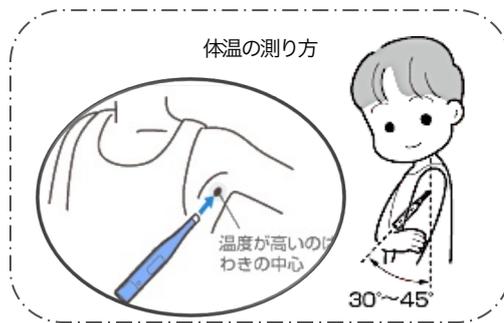


日付 _____

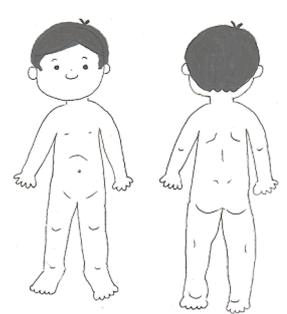
問診票

体 重	kg
体 温	℃

ふりがな		男 女
お名前		
年 齢	歳	か月



1. 本日はどのような症状で受診されましたか？
あてはまるものに✓をしてください。

症 状	いつ頃から	
<input type="checkbox"/> 発熱	月 日頃から	
<input type="checkbox"/> 咳	月 日頃から	<input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> コンコン <input type="checkbox"/> ゴホゴホ <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> ケンケン
<input type="checkbox"/> 鼻水	月 日頃から	<input type="checkbox"/> 水鼻 <input type="checkbox"/> 青鼻 <input type="checkbox"/> 鼻づまり
<input type="checkbox"/> 痛み	月 日頃から	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> おなか <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 吐く	月 日 時頃から	最後に吐いたのは： 月 日 時頃
<input type="checkbox"/> 下痢	月 日 時頃から	性状： <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 回数：1日（ ）回程度
<input type="checkbox"/> 発疹	月 日頃から	発疹のあるところを○で囲んでください 
<input type="checkbox"/> その他	月 日頃から	具体的に：

2. まわりで流行っている病気がありますか？

いいえ はい (病名)

3. 水分(お乳)はとれていますか？

はい いいえ ()

4. 食事(お乳)はとれていますか？

はい いいえ ()

5. 夜は眠れていますか？

はい いいえ ()

6. おしっこは出ていますか？

はい いいえ ()

7. 機嫌はいいですか？

はい いいえ ()

8. 現在服用されている(使用されている)お薬はありますか？

なし あり ()



裏面もお願いします

