

【問診票】

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
氏名		生年月日	H・R 年 月 日 (満 歳)
	〒	電話番号	( )
住所		緊急連絡先	関係 ( )

集団生活 : なし あり→保育園 幼稚園 小学( )年生 中学( )年生  
 身長 cm  
 体重 kg←不明な場合は院内測定します。  
 受診前の体温 °C

(1) 今日受診された症状に✓してください。

- 発熱 約 日前から      咳 約 日前から      ぜーぜー 約 日前から  
鼻水 約 日前から      腹痛 約 日前から      嘔吐 約 日前から  
下痢 約 日前から      頭痛 約 日前から  
その他 ( )

(2) 家族、園や学校で、はやっている病気はありますか？

- なし      あり(病名: )

(3) 今回の症状が出てからの経過を教えてください

- ①食欲 : 良好 やや少なめ 普通の半分以下 全くとれない  
①水分 母乳 : 良好 やや少なめ 普通の半分以下 全くとれない  
①24時間前からの尿の回数・量 : いつも通り やや少ない 少ない 全くでていない  
①元気 機嫌 : 良い 少し元気がなく機嫌も悪い ぐったりして動かない

(4) 今までのお子さんの健康状態について

- ①過去に次の病気になったことはありますか？  
けいれん( 歳)      肺炎( 歳)      RSウイルス( 歳)  
ぜんそく( 歳 内服中の薬 なし あり→ )  
食物アレルギー(原因: )  
薬剤アレルギー(原因: )  
②次の感染症にかかったことはありますか？  
麻疹(はしか)      風疹      おたふくかぜ      みずぼうそう      突発性発疹症

(5) 今日受診した症状以外の心配や相談がありましたら、ご遠慮なくお書きください

( )

(6) 当院を知られたきっかけをお聞かせください。(複数回答可)

1. 五反野駅の看板を見た      7. バス内のアナウンスを聞いた  
 2. 町中の看板を見た      8. 紹介された(紹介者: )  
 3. 電柱看板を見た      9. ネット上のポップアップ、バナーを見た  
 4. チラシ、パンフレット、回覧板を見た  
 5. Googleで検索した      10. フリーコールにて問い合わせた  
 6. Yahooで検索した      11. その他

(7) マイナ保険利用に関して

- マイナ保険証による 特定健診情報・薬剤情報 の取得に同意する      はい      いいえ  
 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？      はい      いいえ  
 現在、他の医療機関に通院されていますか？      はい      いいえ  
 【はい】の方 病院名 ( )      治療病名 ( )