

# 問診票

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による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お願いいたします。

フリガナ名 前: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

年齢: \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

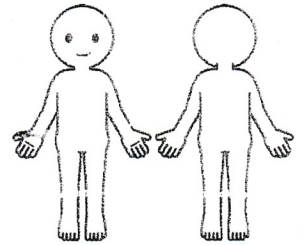
体温: \_\_\_\_\_ °C 体重: \_\_\_\_\_ kg

連絡先: \_\_\_\_\_

車種・No.: \_\_\_\_\_

## ★症状について

発熱 (いつから: \_\_\_\_\_ 解熱剤使用時間: \_\_\_\_\_) 咳 鼻水 痰  
喉の痛み 嘔吐 (回数: \_\_\_\_\_ 最終嘔吐時間: \_\_\_\_\_) 腹痛 下痢  
発疹 その他 ( \_\_\_\_\_ )



## ★飲食について

水分: いつも通り・少ない 食事: いつも通り・少ない ( \_\_\_\_\_ 割程度)

## ★周囲の流行状況について 園、学校名:

家族、園、学校などで感染症の流行: あり ( \_\_\_\_\_ ) ・ なし

## ★治療中の病気・飲んでいる薬

あり ( \_\_\_\_\_ ) ・ なし \*ありの場合はお薬手帳を出してください

## ★薬について

薬の種類: シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤

希望回数: 1日2回 ・ 1日3回

解熱剤の希望: あり ( 内服 ・ 坐薬 ) ・ なし

薬での副作用: あり ( 薬と症状: \_\_\_\_\_ ) ・ なし

## ★痙攣、既往歴、持病、アレルギーの有無

あり ( \_\_\_\_\_ 歳の時 ) ・ なし

吸入	メプチン ml	ピソルボン ml	生食 ml	検査	尿検査	尿沈渣	院内採血	血糖
注射	点滴 薬品:				SpO2	%	外注 ( 血液・培養 )	
処置	坐薬 浣腸 軟膏 薬品: 摘便 鼻吸引				溶連菌	RS	マイコ	アデノ
画像	XP	エコー	部位:	心電図	コロナ	インフル	ノロ	ロタ
				その他	ポカリ	マスク ( _____ 枚)	オムツ ( _____ 枚)	