問診票(大人初診)

ふりがな お名前	体重：　　kg
生年月日：　S・H　　年　　月　　日　（　　歳）	体温：　　℃
ご住所：〒	
お電話番号：	

■発熱はありますか
ない　・　ある　→　発熱はいつからですか（　　月　　日　　AM・PM　　時頃）
1番高熱だったのはいつですか（　　月　　日　AM・PM　　時頃　　℃）

■発熱以外の症状はありますか　◯をつけ該当する場合下線部もご記入ください
咳　・　鼻水　・　痰　・　ぜいぜいする　・　くしゃみ　・　のどが痛い　・　頭痛　・　関節の痛み
口内炎　・　目の充血　・　目やにがでる　・　耳の痛み（右・左・両方）　・　耳の下の腫れ（右・左・両方）
腹痛　・　気持ちが悪い　・　嘔吐（　　回）　・　下痢（1日　　回程度）
便秘（最後の排便は　　日前／普段の排便は　　日に1回）　・　じんましん　・　肌荒れ　・　肌の乾燥
湿疹　・　発疹　・　虫刺され　・　その他（　　）

■上記で◯をつけた症状はいつからですか
今日から　・　昨日から　・　2日前から　・　1週間前から　・　その他（　　）

■今回の症状でお薬を使用していますか　使用している場合はご記入いただくかお薬手帳をご提出ください
いない　・　いる　（お薬名：　　）

■周囲で流行している病気はありますか　ある場合は◯をつけてください
水ぼうそう　・　おたふくかぜ　・　麻疹　・　風疹　・　RSウイルス　・　インフルエンザ
溶連菌　・　胃腸炎　・　新型コロナウイルス　・　その他（　　）

■これまでに大きな病気や入院・手術をした事がありますか
ない　・　ある　（　　）
また、現在治療や経過観察を行なっている病気はありますか
ない　・　ある　（内容：　　病院名：　　）

■常用薬はありますか　ある場合はご記入いただくかお薬手帳をご提出ください
ない　・　ある　（お薬名：　　）

■食べ物やお薬のアレルギーはありますか
ない　・　ある　（　　）

■女性の方にお伺いします　現在妊娠の可能性はありますか
ない　・　可能性がある　・　妊娠中（　　週）

■現在授乳中ですか
いいえ　・　はい

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）

☆当院は小児科専門医ですので、大人の方の診察は、お子様が当院にかかられているご家族の方に限らせていただきます。
☆持病がある方は、かかりつけ医療機関の受診をおすすめしております。
☆処方内容によっては、当院では処方できない場合がありますので、ご了承ください。
☆当院受診後に症状が軽快しない場合は、かかりつけ医か専門機関の受診をお願いいたします。