問 診 票

年　月　日

現在の体温：　　℃　体重：　　kg

ふりがな		年齢	歳　　か月
お名前			

★ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？　（ はい ・ いいえ ）

★ マイナ保険証による薬剤情報取得に同意しましたか？　（ はい ・ いいえ ）

● **本日はどうなさいましたか？ 当てはまるものにチェックをしてください**

☐ 発熱（　月　日～ 最高　　℃）　☐ 鼻水　☐ 咳　☐ のどの痛み

☐ ぜいぜいする（呼吸が苦しそう）　☐ 頭痛　☐ 目やに　☐ 耳の痛み

☐ 吐き気・嘔吐　☐ 下痢　☐ 腹痛　☐ 便秘　☐ 発疹

☐ その他（　　）

● **症状はいつ頃からありますか？**　約（　　）日・週間・か月 前～

● **お子様の様子はいつもと比べていかがですか？**

元気さ （ ☐ 元気 ☐ まずまず元気 ☐ ややぐったり ☐ ぐったり ）

食欲 （ ☐ いつも通り ☐ やや少なめ ☐ まったくない ）

水分 （ ☐ いつも通り ☐ やや少なめ ☐ 全く摂れない ）

● **これまでにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？**

● **現在、飲んでいるお薬や処方されているお薬はありますか？**

☐ なし　☐ あり（　　）

● **どんな種類のお薬が飲めますか？**　☐ 錠剤 / カプセル　☐ 粉薬　☐ シロップ

● **食べ物やお薬でアレルギーが出たことはありますか？**

☐ なし　☐ あり（　　）

● **そのほか書類の記載など何か医師にお伝えしたいことがあればご記入ください**

● 当院はどちらでお知りになりましたか？

☐ 家族が受診したことがある　☐ インターネット　☐ 看板　☐ 知人　☐ 通りがかり

☐ その他（　　）

当クリニックでは，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，マイナ保険証のご利用にご協力をお願いします．

ルピナスこどもクリニック