

問診票

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	年	月	日
氏名	(男・女)			(歳	ヶ月)
住所	〒		電話番号	自宅： 携帯：		
院内体温	℃ (平熱：)	℃)	身長	cm	体重	kg
出生体重	g	出生時の異常	無・有()			
通園・通学	無・有()		園・学校)			
兄弟・姉妹	無・有(① : 歳 ② : 歳 ③ : 歳)					
ご来院のきっかけ	知人の紹介・ホームページ・ご近所・その他()					

ご記入いただいた個人情報は、プライバシー保護のため秘密厳守とさせていただきます。



マイナ保険証による受付をされた方へ

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい・いいえ

① 本日受診の症状について教えてください

いつ頃からですか？

()

どのような症状ですか？

()



② 現在服用しているお薬はありますか？

無・有 (薬剤名：)

③ 今までにお薬で副作用が出たことはありますか？

無・有 (薬剤名： 症状：)

④ 何かアレルギーはありますか？ ※ 種類や症状をご記入ください

無・有 ()

⑤ ご希望のお薬に○をつけてください

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤



⑥ 今までにかかった病気や、現在治療中の病気を教えてください

突発性発疹 ・ RSウイルス ・ 溶連菌 ・ 熱性痙攣 ・ インフルエンザ ・ 肺炎

水ぼうそう ・ おたふく ・ はしか ・ コロナ (療養時期： 年 月頃)

その他 (入院歴や手術歴などもご記入ください)

()

