

初診問診票

フリガナ

患者氏名: (男 ・ 女)

生年月日: H ・ R 年 月 日 (歳 ヶ月)

住所: 〒 -
県 都 道 府

電話番号: <自宅> () <携帯> ()

現在の体温: °C 体重: kg

1. 今日どのような症状で来院されましたか？
発熱 ・ 頭痛 ・ せき ・ のどの痛み ・ 鼻水、鼻づまり
腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 発疹 ・ 皮ふトラブル ・ 食欲不振
その他()
2. その症状はいつ頃から始まりましたか？
()
3. 今までに、けいれんを起こしたことはありますか？ はい ・ いいえ
『はい』の方 … (初回 歳頃)
けいれんを起こしたときに熱はありましたか？ はい ・ いいえ
4. 今までに、大きな病気をしたことはありますか？ はい ・ いいえ
 喘息 (歳 ヶ月) ・ 花粉症 (歳 ヶ月)
 アレルギー性鼻炎 (歳 ヶ月) ・ アトピー性皮膚炎 (歳 ヶ月)
その他 () ()
5. お薬の種類にご希望がありましたら、ご希望の種類に○をつけてください。
粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 特になし
6. 現在飲んでいるお薬はありますか？ はい ・ いいえ

※ はいの場合は、お薬手帳を受付にお出してください。

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。
◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)
(再診時)加算3 2点 加算4 1点(マイナ保険証を利用した場合)
※手術・診療・お薬情報等に同意した場合に限ります。