

# 初診問診表

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・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)