

問診票【発熱外来】

年 月 日

フリガナ	生年月日	S・H・R		年 月 日
お名前	男・女	歳	ヶ月	体重 Kg
住所	(新規の方・変更のある方)		電話番号：自宅	
			電話番号：携帯	
通園・通学の施設名	保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし			

来院時の体温 °C	3日以内に発熱はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	解熱剤は使用しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(最終: 日 時)

どんな症状がありますか？	いつ頃から？
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難) <input type="checkbox"/> 消化器症状 (<input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛) <input type="checkbox"/> 発疹→部位は？ <input type="checkbox"/> その他	

インフルエンザの検査を希望しますか？	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 希望
--------------------	---

どの形状のお薬が飲めますか？	<input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤・カプセル <input type="checkbox"/> どれでも可 <input type="checkbox"/> 1日2回の処方希望 ※ご希望に添えない場合もあります
解熱剤は必要ですか？	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要→ <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> どれでも可

現在、他院に通院または治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
※病名	※病院名
※お薬を服用していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→お薬手帳を見せてください

今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ※病名
--------------------------	---

アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ()
--------------	--

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→いつ頃：
--------------------------	---

周囲で流行している病気はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> インフルエンザ
<input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタ	<input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> アデノウイルス
<input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> その他

インフルエンザワクチン接種歴(今シーズン)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 回
(今シーズン)インフルエンザにかかったことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 回(年 月 A / B)

女性の方のみ：妊娠されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> はい→妊娠 週
女性の方のみ：授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

●本日はどちらをご持参されましたか？

資格確認書 マイナンバーカードの保険証 (以下、マイナ保険証)

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診察情報(服薬歴・健診歴等)を当院が取得することに同意されますか？

同意する 同意しない

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。厚生労働省の規定により医療情報取得加算の算定をさせていただきます。