

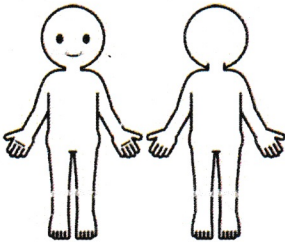
問診票

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？
☐はい ☐いいえ 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お願いいたします。

フリガナ 名前: _____
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
年齢: _____ 歳 _____ ヶ月
体温: _____ °C 体重: _____ kg
携帯番号: _____ (続柄: _____)

★症状について

発熱 (いつから: _____ 解熱剤使用時間: _____) 咳 鼻水 痰
喉の痛み 嘔吐 (回数: _____ 最終嘔吐時間: _____) 腹痛 下痢
発疹 頭痛 その他 (_____)



★飲食について

水分 : いつも通り・少ない 食事 : いつも通り・少ない (_____ 割程度)

★周囲の流行状況について 園、学校名:

家族、園、学校などで感染症の流行: あり (_____) ・ なし

★治療中の病気・飲んでいる薬

あり (_____) ・ なし * ありの場合はお薬手帳を出してください

★薬について

薬の種類: シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤
希望回数: 1日2回 ・ 1日3回
解熱剤の希望: あり (内服 ・ 坐薬) ・ なし
薬での副作用: あり (薬と症状: _____) ・ なし

★痙攣、既往歴、持病、アレルギーの有無

あり (_____ 歳の時 _____) ・ なし

吸入	メプテン ml ビソルボン ml 生食 ml	検査	尿検査	尿沈渣	院内採血	血糖
注射	点滴 薬品:		SpO2	%	外注 (血液・培養)	
処置	坐薬 浣腸 軟膏 薬品: 摘便 鼻吸引		溶連菌	RS	マイコ	アデノ hMPV
画像	XP エコー 部位: 心電図	その他	コロナ	インフル	ノロ	ロタ
			百日咳			
			ポカリ	マスク (_____ 枚)	オムツ (_____ 枚)	
			紹介状			