記入日　西暦　　年　　月　　日

問診票

フリガナ お名前	男 女	年齢（　　才　　ヵ月） 身長（　　）cm	体温（　　）℃ 体重（　　）kg

☆新型コロナウイルス感染症、およびその他の感染症についておうかがいします。

1）ご本人またはご家族の発症　【あり・なし】

2）発症している感染症は何ですか？　（　　）

3）周囲で流行っている病気はありますか？　【あり・なし】

4）流行っているいるのはどんな病気ですか？（　　）

1）3）が【あり】の方は、お車で待機して頂きます。

☆下記のあてはまる症状に☑をつけて、分かる範囲で詳細をご記入下さい。

«現在の症状»

□ 発熱	（　／　）	最高（　　）℃　解熱剤使用（ 有 ・ 無 ）
□ せき	（　／　）から	乾いた咳 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー ・ ケンケン
□ はなみず	（　／　）から	透明 ・ 黄緑色 ・ 鼻づまり
□ おうと	（　／　）から	1日（　　）回　（ 吐く ・ 咳き込んで吐く ）
□ げり	（　／　）から	1日（　　）回　（ 水様 ・ 軟便 ・ 血便 ）
□ 腹痛	（　／　）から	（ ずっと ・ ときどき ）
□ 便秘	（　／　）	便が出ていない　もともと（　　）日に1回ペース
□ 頭痛	（　／　）	
□ 耳痛	（　／　）	（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）
□ 発疹など	（　／　）	
□ その他	（　／　）	症状等をご記入ください（　　）

・食欲はありますか？　（ □ ある・ □ ない ）

・水分は取れていますか？　（ □ 取れる・ □ 少なめ・ □ 全く取れない ）

・おしっこは出ていますか？　（ □ あり・ □ 少なめ・ □ 全く出ない ）

・現在他院へ通院中ですか？　（ □ いいえ・ □ はい ）

　内服、外用している薬があればご記入下さい。　（ 薬の名前：　　）

・周りに同じ症状の方はいますか？　（ □ いない・ □ いる ）

　どなたですか？　（　　）

・大きな病気にかかったことがありますか？　（ □ ない・ □ ある ）

　（　　）

・1ヵ月以内に受けられた【予防接種】はありますか？（ □ ない・ □ ある ）

　（　　）

・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（ □ 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）

御協力、ありがとうございました。

しみずこどもクリニック