

受診日： 年 月 日			
(フリガナ)		住所	〒 —
患者氏名	(歳)		
生年月日	年 月 日	電話番号	携帯 — —
性別	男性 ・ 女性		自宅
体重	kg	保護者氏名	<small>患者が18歳未満 のとき記入</small>
アレルギー・薬の副作用の有無	無 ・ 有 ()		
治療中の病気・続けている薬	無 ・ 有 ()		
<p>* 質問のあてはまる項目に、○または () 内に記入してお答えください。</p> <p>① 今日はどのような症状ですか？（複数回答可） 発熱 ・ 咳 ・ 頭痛 ・ 鼻水 ・ 咽頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ めまい その他 ()</p> <p>② その症状は、いつ頃からですか？ ()</p> <p>③ 熱はどうですか？ 昨夜(°C)、朝(°C)、昼(°C)、現在(°C)</p> <p>④ 食事・水分は、とれますか？ (はい ・ いいえ)</p> <p>⑤ まわりで流行している病気や患者との接触はありますか？ 1. なし 2. あり →どこで？ 家庭・職場・保育園や学校など・その他 () →なにが？ 新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ その他 ()</p> <p>⑥ その他、気になることがあればお知らせください (妊娠中、授乳中、これまでにかった大きな病気など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>⑦ マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ (マイナ保険証利用の方のみ回答してください) 1. 同意した 2. 同意していない</p>			
<p>当診療所は、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。</p>			

* 休日の院外処方では、薬を安全に使用して頂くため、市内協力薬局へこちらの問診票の写しをご提示ください。 個人情報保護法に基づき、適切にお取り扱いいたします。