

問 診 票

記入日： 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	
氏名			男 女	大・昭・平・令 年 月 日	
住所	〒 ー				
電話番号	携帯	ー ー		受付時の体温	体重(※小児必須)
	自宅	ー ー		℃	k g

◆ 今日はどうされましたか？

- ☐ 発熱 _____℃
 ☐ 咳
 ☐ 痰
 ☐ くしゃみ（風邪）
 ☐ くしゃみ（花粉・アレルギー）
- ☐ 鼻水
 ☐ 頭痛
 ☐ 喉の痛み
 ☐ 倦怠感
 ☐ 腹痛・下痢
- ☐ その他【 _____ 】

◆ 風邪症状の方のみご記入ください

① 検査の希望はありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある ⇒ 【 インフルエンザ ・ コロナ ・ 溶連菌 ・ マイコプラズマ 】 ※希望する検査に○
- ☐ 医師と相談してから

② 希望する薬はありますか？

- ☐ 解熱剤 ☐ 痛み止め ☐ 喉の薬 ☐ 咳止め ☐ 痰きり ☐ 鼻水・鼻づまり
- ☐ その他【 】

◆ 薬や食品でアレルギーはありますか？

- ☐ ない
- ☐ ある【 】

◆ 女性の方へ ⇒ 現在、妊娠中または授乳中ですか？

- ☐ はい ☐ いいえ

◆ 当院へお越しいただいたきっかけを教えてください（複数回答可）

- ☐ Web検索 ☐ 看板を見て ☐ 自宅 / 職場近くのため
- ☐ 家族 / 知人からの紹介 ☐ 他の病院 / クリニックからの紹介

当院では、マイナ保険証の利用や問診票などを通じて
患者さまの正確な診療情報を取得・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。
マイナ保険証の積極的な利用にご協力お願いいたします。