

受診日：令和 年 月 日			受診時の体温 ℃		
フリガナ	お名前	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
		年齢	歳 か月		
身長	cm	体重	kg		

※当院が初めての方、前回とは変更がある方はご記入ください。

住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

### 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？

いいえ  はい

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。

### 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ  はい

### 本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 発熱（最高体温：℃）  鼻汁  せき  のどの痛み  ゼイゼイする  耳の痛み  
 めやに  頭痛  腹痛  吐き気  嘔吐  下痢  便秘  
 湿疹（部位：）  発疹（部位：）  かゆみ（部位：）  
 けが（部位：）  
 その他症状があればご記入ください。

### 症状はいつからありますか？

- 本日  昨日  2～3日前  1週間前  
 それより前（月 日から）  不明

### 現在、治療中の病気はありますか？

- なし  あり

### 現在、飲んでいるお薬はありますか？

- なし  あり

◎お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。

### お薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし  あり

### 過去に大きな病気の治療や手術をうけられたことはありますか？

- なし  あり

### 元気さや食欲はどうですか？

- 元 気 さ  元気  まずまず元気  少ししんどめ  ぐったり  
 食 欲  いつも通り  いつもより少なめ  全くなし  
 水 分  いつも通り  いつもより少なめ  全くなし  
 おしっこ  いつも通り  いつもより少なめ  全くでない

### どんな種類の薬が飲めますか？

- シロップ  粉薬  錠剤またはカプセル

◎6歳未満の方はご記入ください

### 今までに受けた予防接種を選んでください

- ヒブ  小児肺炎球菌  B型肝炎  ロタ  四種混合  BCG  MR（麻しん・風しん）  
 水痘  おたふくかぜ  日本脳炎  インフルエンザ  コロナワクチン  その他（）

### 出生時の様子を選んでください

- 出生体重（）g ・ 在胎週数（）週（）日  
 正常分娩  異常分娩  帝王切開

発熱のある患者様で希望検査項目 にレ点をお願いします。
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス+インフルエンザ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタウイルス <input type="checkbox"/> RSウイルス+インフルエンザ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 検査希望なし <input type="checkbox"/> 医師と相談

