

受診日：令和 年 月 日			受診時の体温 °C		
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女
お名前		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： °C） 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（ ）

過去に大きな病気や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

