





記入日 西暦 年 月 日

## 問診票

|      |   |                      |                |
|------|---|----------------------|----------------|
| フリガナ | 男 | 年齢 (      才      ヵ月) | 体温 (      ) °C |
| お名前  | 女 | 身長 (      ) cm       | 体重 (      ) kg |

☆新型コロナウイルス感染症についておうかがいします。

1週間以内のご本人または接触のあるご家族の発症 【あり・なし】

1週間以内の保育園・幼稚園（園全体）、学校（クラス内、部活、塾）での発症 【あり・なし】

【あり】の方は、お車で待機して頂く場合があります。お電話をしますので連絡先をお書き下さい。

(      -      -      )

☆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》

|  |                                    |                  |
|--|------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (      /      )      | 最高 (      ) °C                     | 解熱剤使用 ( 有 ・ 無 )  |
| <input type="checkbox"/> せき (      /      ) から   | 乾いた咳 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー ・ ケンケン          |                  |
| <input type="checkbox"/> はなみず (      /      ) から | 透明 ・ 黄緑色 ・ 鼻づまり                    |                  |
| <input type="checkbox"/> おうと (      /      ) から  | 1日 (      ) 回                      | ( 吐く ・ 咳き込んで吐く ) |
| <input type="checkbox"/> げり (      /      ) から   | 1日 (      ) 回                      | ( 水様 ・ 軟便 ・ 血便 ) |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 (      /      ) から   | ( ずっと ・ ときどき )                     |                  |
| <input type="checkbox"/> 便秘 (      /      )      | 便が出ていない      もともと (      ) 日に1回ペース |                  |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 (      /      )      |                                    |                  |
| <input type="checkbox"/> 耳痛 (      /      )      | ( 右 ・ 左 ・ 両方 )                     |                  |
| <input type="checkbox"/> 発疹など (      /      )    |                                    |                  |
| <input type="checkbox"/> 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？ (      )
- ・周囲で流行っている病気はありますか？ (  ない ・  ある )
- 流行っているのはどんな病気ですか？ (      )
- ・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