

フリガナ		性 別	男 ・ 女
名前		生年月日 S・H・R	年 月 日 () 才
住所	〒 -		
	本日お付き添いの方の携帯番号 ()		
身長	cm (月 日)	体重	kg (月 日) 体温 °C (来院時)

マイナ保険証をお持ちでしたら診療情報取得に同意していただけますか？

はい ・ いいえ

★今日はどうされましたか？

あてはまるものすべてをチェックして下さい

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 発熱 _____ 日前から | <input type="checkbox"/> 咳 _____ 日前から |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 _____ 日前から | <input type="checkbox"/> 咽頭痛 _____ 日前から |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 _____ 日前から | <input type="checkbox"/> 腹痛 _____ 日前から |
| <input type="checkbox"/> 下痢 _____ 日前から | <input type="checkbox"/> 嘔吐 _____ 日前から |
| <input type="checkbox"/> 発疹 _____ 日前から (下の絵に記載してください) | |
| <input type="checkbox"/> その他 (周囲で流行している感染症など) | |

()

★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

★現在治療中の病気、あるいは以前長期間に治療を受けたことのある病気がありますか？

(はい・いいえ 病名または症状、医療機関名)

()

★現在服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ (薬名)

★今までに薬や食品で具合が悪くなったことはありますか？

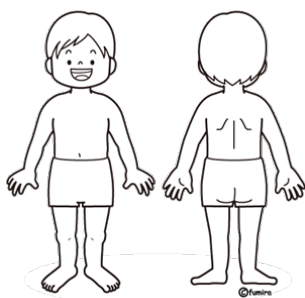
はい ・ いいえ (はいの場合： お分かりでしたら薬または食品名)

()

★使用を禁止されている薬がありましたら教えてください

()

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・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。



ご協力ありがとうございました
いそめこどもクリニック院長