

患者氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ (男・女)

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 体重 \_\_\_\_\_ kg 現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

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されますか

はい ・  いいえ ・  持っていない

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いたします。

## ★ 今日はどうなさいましたか

前回の続き・定期受診：症状（良くなっている・変わらない・悪化している）

熱： いつから \_\_\_\_\_ 1週間以内に37.5°C以上の発熱があった方は熱の経過を記入してください

咳・ いつから \_\_\_\_\_  
ぜーぜー： \_\_\_\_\_ 乾いた咳・痰がらみの咳・ケンケンする咳 ひどい時間帯（朝・昼・夜・一日中）

鼻水： いつから \_\_\_\_\_  
透明・白色・黄色・緑色・さらさら・ネバネバ・つまる

嘔吐： いつから \_\_\_\_\_  
回数：今日 \_\_\_\_\_ 回、昨日 \_\_\_\_\_ 回 最後に吐いた時間： \_\_\_\_\_ 時頃

下痢： いつから \_\_\_\_\_  
回数：1日 \_\_\_\_\_ 回 性状（水様便・泥状便・軟便・白色） 血便（有・無）

便秘： いつから \_\_\_\_\_  
回数： \_\_\_\_\_ 日に1回程度、最終排便 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

痛み： いつから \_\_\_\_\_  
頭・のど・おなか・耳・その他（ \_\_\_\_\_ ）

皮膚症状： いつから \_\_\_\_\_  
発疹・かゆみ・乾燥 部位：全身・顔・体・手足・その他（ \_\_\_\_\_ ）

その他：

● 現在内服しているお薬はありますか： 無・有（お薬手帳をお見せください）

● 上記の症状で他の医院などで診察を受けましたか： 無・有（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろ）

● ご本人以外の兄弟やご家族で体調の悪い方はいますか（1週間以内）  
無・有（誰が \_\_\_\_\_ どのような症状 \_\_\_\_\_ ）

● 通園・通学先で流行している病気はありますか： 無・有（ \_\_\_\_\_ ）

● 今までにかかった大きな病気や入院歴、アレルギーの有無をご記入ください

ぜんそく  けいれん（熱性・無熱性）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

アレルギー 無・有（ \_\_\_\_\_ ）

● 薬の希望 性状： 粉 ・  シロップ ・  錠剤

本日、お持ちの保険証は、転職等で変更手続き中ですか  いいえ ・  はい

※ 現在手続き中の方は、新しい保険証が届くまでお手元の保険証は使えません。

※ 事前に保険証変更の申告なく利用停止の保険証で受診された場合は、後日自費請求させていただきます。

※ご協力ありがとうございました。