



ふりがな ()

氏名 _____ 男・女 生年月日 昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____ 都・県 _____ 区・市 _____

電話番号 自宅 (_____) - _____ 携帯 _____ - _____

(日中ご連絡のつく電話番号を必ずお書きください)

1. 本日の症状・相談内容 体温 _____℃ 最近の体重 _____kg (お子様だけで結構です)

*どうなさいましたか? (発熱の方は、体温記録の用紙に別途ご記入いただきます)

- 発熱(日前から) 鼻汁(日前から) せき(日前から) 喘鳴(ゼーゼー)(日前から)
- たん(日前から) のどの痛み(日前から) 耳の痛み(日前から)
- 腹痛(日前から) 嘔吐(日前から 回) 下痢(日前から 回) 便秘(日前から)
- 頭痛(日前から) 発疹(ブツブツ)(日前から どこに?) 予防接種・健診
- その他()

*水分摂取について 良好(いつもどおり) 少なめ ほとんど摂取できてない

*排尿について あり(いつもどおり) 少なめ ほとんど出ていない

*睡眠について 良好(いつもどおり) あまり眠れない ほとんど眠れない

2. 現在、他通院中の病気、服用中の薬はありますか?

なし あり(病名: _____ 病院名: _____)
(薬名: _____)

3. 今まで入院したり、大きな病気にかかったことはありますか?

なし あり(いつ: _____ 頃 病院名: _____)
(どんな: _____)

4. ☆重要☆ アレルギーについて(食品、内服薬、注射、予防接種など)

なし あり(具体的に: _____)

5. 副作用の出たことのある薬があればご記入ください。()

6. 患者様のご家族の病気について(大きな病気、慢性疾患、アレルギー疾患など)

なし あり(具体的に: _____)

7. 出生時の状況について (患者様がお子様の場合ご記入ください)

・出生時の異常はありましたか?

いいえ はい(具体的に: _____)

・出生時 体重 _____g 週数 _____週 _____日 (予定通りなら 40 週 0 日)

8. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ローズこどもクリニックから利用 HP 兄弟・知人 通りがかり
Instagram Facebook 医療機関からの紹介 その他()

9. おとなりのオレンジ薬局に処方ご希望ですか? (この問診票をオレンジ薬局にも提供します)

はい いいえ

※厚生労働省の指針により、お薬は基本的にジェネリック医薬品での調剤となります。

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おります。正確な情報を取得・活用するために、

マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。◆医療情報取得加算 1 (初診時: マイナ保険証を利用しない場合) 3 点

加算 2 (利用する場合) 1 点 加算 3 (再診時利用しない場合) 2 点 加算 4 (利用する場合) 1 点