

問診票 (再診用・小) 名前: _____ R 年 月 日

体重: (_____ Kg) 来院時の体温: (_____ 度)

*本日は、右記のいずれをご利用されましたか?

健康保険証 マイナンバーカードの保険証

*マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか?

同意していない 同意した

*保険証の変更や住所・氏名の変更はありますか はい いいえ

1. 今回の受診の目的をおしえてください

- 前回、受診するように言われた 症状が続いている
- 発熱 (いつから _____) (最高体温 _____ 度) → 解熱剤を使用 (_____ 時)
- 咳 → 少し ひどい 夜も寝苦しそうだった
- 鼻水 → 少し サラサラ 鼻詰まり 色のついた鼻水
- 軟膏希望 → 保湿剤 赤い部分や痒みの部分につけるステロイド剤
- 下痢 → 1日 (_____) 回 嘔吐 → 1日 (_____) 回
- 便秘 → (_____) 日に (_____) 回 コロコロ便 普通便 柔らかい便
- その他 (_____)

2. ご本人の様子を教えてください

水分摂取: いつも通り やや悪い 取れない

食事摂取: いつも通り やや悪い 取れない

機嫌: いつも通り やや悪い 悪い

3. お薬の希望について教えてください

粉の薬 シロップの薬 錠剤

解熱剤 座薬 粉の薬