No.

問　診　票　（再診用）

マイナ保険証をお持ちですか。　　はい　・　いいえ　　※下部◆をご一読ください。

フリガナ	男	年齢　（　　才　　ヶ月）	体温　（　　）℃
お名前	女	身長　（　　）cm	体重　（　　）kg

当てはまる症状の〔　〕に○をつけて、症状が出てきた日付をご記入ください。

特に気になる症状には◎をつけてください。

≪ 現在の症状 ≫

〔　〕発熱	（　/　）	から	最高（　　）℃
〔　〕咳	（　/　）	から	乾いた咳　・　痰がらみ　・　ゼーゼー　・　ケンケン
〔　〕鼻水	（　/　）	から	透明　・　黄緑色　・　鼻づまり
〔　〕咽頭痛	（　/　）	から	
〔　〕嘔吐	（　/　）	から	1日（　　）回　（吐く　・　咳き込んで吐く　）
〔　〕下痢	（　/　）	から	1日（　　）回　（水様　・　軟便　・　血便　）
〔　〕腹痛	（　/　）	から	（　ずっと　・　ときどき　）
〔　〕便秘	（　/　）	から	便が出ていない　　もともと(　　)日に1回ペース
〔　〕頭痛	（　/　）	から	吐き気　（　あり　・　なし　）
〔　〕耳痛	（　/　）	から	（　右　・　左　・　両方　）
〔　〕発疹など	（　/　）	から	（　　）※部位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　・　取れない　・　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　）

＊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？　（　　）
＊現在他院へ通院中ですか？　（　いいえ　・　はい　）
＊現在薬をのんでいますか？　（　いいえ　・　はい　）　お薬手帳　（　あり　・　なし　）

≪ その他 ≫　上記以外の症状、ご希望の検査などあればご記入ください。

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いたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算　加算１：(初診時) 14点　　加算２：(マイナ保険証を利用した場合) 2 点

ご協力ありがとうございました。

おおたに こども・ファミリー クリニック