

記入日 年 月 ※マイナ保険証による診療情報取得について 同意します 同意しません

初診時間診票（発熱者用）

ふりがな 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

氏名 性別 男 女 年齢 歳 か月

住所 〒 体重 kg

電話番号1（本日必ず連絡が付く番号）

電話番号2（緊急連絡先等）

★通園・通学先名をお教え下さい（ ）*行かれていない方は記入されなくて結構です

★出産の際、何か異常がありましたか？ 無・有（ ）

★生まれつきの病気はありますか？ 無・有（ ）

★栄養法（現在授乳中の方） 母乳・混合・人工

★今までかかった事がある病気に○をつけてください。

突発性発疹・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・喘息・気管支炎・インフルエンザ
じんましん・肺炎・中耳炎・その他（ ）

ひきつけ（けいれん） 無・有（最後に起こしたのはいつですか？ 年 月 頃・歳頃）

★入院歴 無・有（いつ頃 年 月 頃・歳頃）（病名）

★おくすりや食物のアレルギーはありますか？ 無・有（ ）

★予防接種は今まで年齢相当のものを受けていますか？ はい・いいえ

※お薬の希望（希望有の方は、○を付けてください） シロップ・粉薬・錠剤・坐薬

症状 あるは+、なしは-に○をつけてください

新型コロナ陽性者との接触	+	-		新型コロナ検査希望（抗原検査のみ） あり・なし
--------------	---	---	--	-------------------------

ねつ	+	-	診察前（ ）℃	
----	---	---	---------	--

せき	+	-		
----	---	---	--	--

はなみず	+	-		
------	---	---	--	--

からだがだるい	+	-		
---------	---	---	--	--

いきがくるしい	+	-		
---------	---	---	--	--

のどがいたい	+	-		
--------	---	---	--	--

おなかがいたい	+	-		
---------	---	---	--	--

あたまがいたい	+	-		
---------	---	---	--	--

げり	+	-		
----	---	---	--	--

おうと	+	-		
-----	---	---	--	--

てあし、からだのいたみ	+	-		
-------------	---	---	--	--

その他の症状（右の空欄にお書きください）

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。