

# 本日はどうなさいましたか？

記入日 R 年 月 日

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID

ご記入者の続柄 父 ・ 母 ・ その他 ( )

ふりがな		性別	男	・	女
お名前	様	生年月日			
		H・R	年	月	日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ ( はい ・ いいえ )

2. 本日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 咳 鼻水 発疹・湿疹 のどの痛み 頭痛 腹痛 耳痛

嘔吐 ( 回/日) 下痢 ( 回/日) その他 ( )

3. その症状はいつからありますか？ → ( 月 日から)

4. 症状はどのように変化していますか？

変わりない ・ 良くなっている ・ 悪くなっている  
良くなったり悪くなったりしている

5. 今、何か薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

6. お薬手帳はお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )

7. 保育場所はどこですか？ 自宅 ・ ( ) 保育園・幼稚園・( ) 小・中・高

8. 薬について希望はありますか？ ( シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 )

\*その他 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

当院は診療情報を習得・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。  
正確な情報を習得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

もろの木こどもクリニック 院長