受診日　　年　　月　　日　　**しんえいクリニック内科・小児科問診票**

フリガナ
**氏名**　　男・女　**生年月日**　昭・平・令　　年　　月　　日(　　)歳

**住所**

**自宅**　　(　　)　　**携帯**　　(　　)

**本日の体温：**　　℃(　　時　　分頃)　**体重：**　　kg(小児のみ)

付き添いの方：・いない　・いる（続柄）　　※付き添いの方がいる場合はご本人との続柄もご回答ください。

**●どのような症状ですか？　あてはまるものに〇をつけてください。**※「その他」と回答された方は内容をご記入ください。

・発熱　※いつから何℃でしたか？(　　℃)

・頭痛　・咳　・たん　・のどの痛み　・鼻水　・鼻づまり　・めまい　・血圧　・動悸　・息切れ　・腹痛　・胃痛　・発疹　・倦怠感

・下痢(　　回)　・嘔吐(　　回)　※水分の摂取　可　・　不可

・その他(　　)

**●上記の症状はいつからですか？**

(　　)

**●薬や食べ物のアレルギー、喘息はありますか？**※「はい」の場合、は内容を具体的にご記入ください。

・いいえ　・はい(　　)

**●過去に大きな病気や怪我をしたことがありますか？**※「はい」と回答した方は内容もご記入ください。

・いいえ　・はい(　　)

**●現在治療中の病気や服用中の薬はありますか？**

※「はい」と回答した方は病名と薬の名前をわかる範囲でご記入ください。

・いいえ　・はい(　　)

**●市販の風邪薬や頭痛薬・解熱剤を飲みましたか？また、それはいつですか？**

※「はい」と回答した方は内容をわかる範囲でご記入ください。

・いいえ　・はい(　　)

**●お薬手帳はお持ちですか？**

・いいえ　・はい　※お持ちの方は受付でお渡しください。

**●＜女性の方＞あてはまるものに〇をつけてください。**

・妊娠中　・授乳中　・いずれでもない　・わからない

**●医師にお伝えしたい事があればご記入ください。**

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、他院での処方薬や検診結果等を医師が情報活用致します。