

小児科 問診票のご記入をお願いします。

お名前(ひらがなで)

男・女

才

体重

kg

マイナ保険証による診療情報取得に

同意する

・ 同意しない

※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。

○今日はどうされましたか？

・発熱 / 体温 °C

★検査希望 有 ・ 無

・咳 / ~

・鼻症状 / ~

・腹痛 / ~

・咽頭痛 / ~

・下痢 / ~

・頭痛 / ~

・嘔吐 / ~

・発疹 / ~

・登園・登校許可書記入希望(持参)

・その他

○薬のアレルギー

・あり[薬剤名] ・なし

以下スタッフ記入

迅速検査[コロナ・インフル・溶連菌・RS・アデノ]

コロナ 抗原 陽性 ・ 陰性

インフル 陽性 ・ 陰性