

医療法人社団のえる小児科

太枠内の記載をお願いいたします。

受診される方の情報をご記入ください。

ご兄弟が一緒に受診される場合は、もう一枚ご用意の上、記載をお願いいたします。

受診ができる方は中学生までです。

受付番号
番
隔離 A・B・C

患者様の情報	フリガナ 患者氏名	男・女		
	生年月日	平成・令和	年	月　日（歳　ヶ月）
	現住所	〒 * 郵便番号は必ずご記入ください。		
	電話番号	携帯（母）	()	—
		携帯（父）	()	—
	自宅／その他	()	—	
医療機関記入欄	(マイナ・資格確認書・保険証(確認済) 10割、3割、2割 道外・市外・受給者証対象外・自費・生保 お忘れ・申請中・取りにいく			

* 資格確認書またはマイナンバーカードと受給者証をお手元に用意してお待ちください。

健康保険証の有効期限は令和7年12月1日で満了ですので、マイナ保険証か資格確認書をお持ちください。

マイナンバーをお持ちの方は事前にパスワードを確認の上受診しましょう。小さなお子さんや顔認証を登録されていない場合はパスワードが必要になります。パスワード入れ間違いは累計3回までです。解除には役所等での手続きが必要になりますのでご注意ください。

マイナンバーカードのみをお持ちの方は、合わせて【資格情報のお知らせ】をご持参ください。

問診票

受付番号
番

お名前	体重 kg	
(歳 ヶ月)		
今日はどうなさいましたか。該当する症状に○をつけてください。		
発熱	熱はいつから出ていますか？ 今日 • 昨日 • 2日前 ()	
最高体温は何°Cですか？ °C		
今は何°Cですか？ °C		
頭痛	のどの痛み	鼻水・鼻づまり
咳・たん	吐き気	腹痛
おう吐	いつから吐いていますか？→ 何回吐いていますか？ → ()	()
最後に吐いたのは何時ですか？→ ()		
水分はとれていますか？ (とれている • とれていない)		
便秘	下痢	発疹
その他 ()		
周りで流行している病気はありますか？ (ある • ない)		
通園・通学名 () 保育園・幼稚園・学校		
インフル・コロナ・アデノ・溶連菌・RS・ヒトメタニューモ・水痘・胃腸炎		
家庭内感染 ()		
アレルギーはありますか？ (ある • ない)		
卵・乳・大豆・小麦・ダニ・ハウスダスト・他 ()		
今までに特別な病気にかかったことはありますか？ (ある・ない)		
病名 ()		

※ お薬手帳を必ずご持参ください。