

医療法人社団のえる小児科

受付番号
番

隔離 A・B・C

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。

ご兄弟と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。

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、マイナ保険証が
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識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

		体重	kg
お名前		(歳 ヶ月)	
今日はどうかさいましたか。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日以上前 () 最高体温は何℃ですか？ °C 今は何℃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。