

初診問診票

氏名 _____ フリガナ _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月) 性別 男・女
住所 〒 _____

電話 _____ 記入者 _____ (母・父・)

- 1 本日はどうされましたか
発熱・咳・鼻水・下痢・吐き気・嘔吐・ひきつけ・痛み(部位: _____)
その他(_____)
- 2 出生・発達・発育について
①妊娠中・出生時の異常 ない・ある(_____)
②発達・発育について気になることはありますか ない・ある
(_____)
- 3 アレルギーはありますか ない・ある(_____)
- 4 今までどんな病気にかかりましたか
突発性発疹・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・喘息
その他(_____)
- 5 今まで入院をしたり、手術を受けたことはありますか ない・ある
(_____)
- 6 今までに受けたことのある予防接種は
ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ロタ・5種・4種・BCG・MR(麻疹・風疹)
日本脳炎・水ぼうそう・おたふくかぜ・インフルエンザ
その他(_____)
- 7 マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか はい・いいえ
- 8 現在、他の医療機関に通院されていますか はい・いいえ
病院名(_____)、受信日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)
治療内容(_____)
- 9 現在、処方されている薬はありますか はい・いいえ

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致します。