

初診問診票

ふりがな		男・女	昭和						
お名前			平成	年	月	日生	歳	ヶ月	
ご住所	〒 -								
電話番号	【携帯】 - - 【自宅】 - -								

わかる範囲でご記入をお願いいたします。ご不明な部分は空欄でかまいません。

1) 来院のきっかけはなんですか？

ホームページ ・ 近所 ・ 知人紹介 () ・ 兄弟受診あり ・ その他 ()

2) 当院以外にかかりつけの病院はございますか？ なし・あり ()

3) 通われている保育園、幼稚園、学校はどちらですか？

() 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他 ()

4) 37.5℃以上の発熱はありましたか？ (いいえ/はい：最高：℃・いつから：月 日 時頃)

ご家族にコロナやインフルエンザ陽性者はいらっしゃいますか？ (いいえ / はい)

5)

来院時の体温：℃ 付き添いの方：父・母・その他()

体重 (15歳までの方)

症状：

kg

6) 処方するお薬の形状にご希望はありますか？ 希望なし ・ 錠剤 ・ 粉 ・ シロップ

7) 【※女性の方のみ】① 妊娠の可能性 なし・あり (週) ② 授乳中 (いいえ/はい)

8) 現在、服用されている薬はありますか？ ※ありの方はお薬手帳をご用意ください

なし・あり (薬品名： 処方された病院名：)

9) 今までにかかったことのある病気はありますか？ (現在通院中のものも含む)

病名	発症年齢	かかれた病院	通院状況
			継続中／治癒
			継続中／治癒

10) アレルギーはありますか？※食品名は詳細をご記入ください (例：卵→ポイルはいいが生がダメ)

食品・薬等の名前	発症年齢	症状	かかれた病院

11) 生まれた時の状況 在胎 週 日 出生体重 g

妊娠中や出生時に異常はありましたか？ なし・あり ()

当院ではマイナ保険証から得られる診療情報を取得することにより適切な医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証のご利用にご理解・ご協力をおねがいたします。

ご記入ありがとうございました。