

初診問診票

ふりがな			ご住所	〒(- -)
お名前		男 女		
生年月日	昭・平・令 年 月 日			
電話	()		携帯電話	
FAX	()		E-mail	

※大人の方は、「問診7」以降の記入をおねがいします（授乳中・妊娠中　週）

1、通園・通学している場合は、園名、校名をお書きください。 ()保育園・幼稚園・小学校(年)・中学校(年)				
2、出生時の体重 (妊娠　週　　g) 生まれた病院()				
3、分娩時に何か異常はありましたか。 いいえ　・　はい()				
4、生まれつきの病気はありますか。 いいえ　・　はい()				
5、乳児期の栄養法 母乳　・　混合　・　人工　・その他()				
6、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか。 いない　・　いる(　人兄弟(姉妹)の　番目)				
7、今までにかかった病気に○をつけてください。 突発性発疹　・　はしか　・　風しん　・　水ぼうそう　・　おたふく　・　百日咳　・　気管支炎　・　肺炎　・　喘息 じんましん　・　RSウイルス　・　アトピー性皮膚炎　・　その他() けいれん → 最終: 年　月　日、計　回、抗けいれん剤の使用: 無　・　有 (薬名:)				
8、入院されたことはありますか。 いいえ　・　はい (はいの方は以下ご記入ください) 病院名:() 病名:() いつ:(年　月　日から　日間) 定期的に受診されていますか? はい　・　いいえ				
9、現在、治療中の病気はありますか。 いいえ　・　はい(はいの方は以下ご記入ください) 病院名() 病名:() 定期的に飲んでいる薬()				
10、お薬や予防接種で具合が悪くなったことがありますか。 いいえ　・　はい (何で:)				
11、何かアレルギーはありますか。 ない　・　ある()				
12、家族の中に喫煙者はいますか。 いない　・　いる				
13、家の中で動物を飼っていますか。 いいえ　・　いる()				
14、どのようにして当院を知りましたか。 家族がかかっている(名前:) 知り合いからの紹介(名前:)　・　病院からの紹介(病院名:) ホームページを見て　・　その他()				

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか 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いたします。