

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。