初 診 問 診 票

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日
名　　前		男　・　女	年　　月　　日
住　　所	〒	身長　　cm 体重　　kg	年齢　　歳 ヶ月
TEL①		TEL②	

① 今日はどうされましたか？　　熱（　　℃）・咳・鼻汁・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・発疹・水疱・のどの痛み・便秘・
その他（　　）

② それはいつからですか？　　月　　日　　朝・昼・夜から

③ 今までかかった病気　　はしか（麻疹）・三日ばしか（風疹）・おたふくかぜ・水ぼうそう・百日咳・喘息・アトピー・腎臓病・高血圧・心臓病・糖尿病・
その他（　　）

④ 現在、服用中の薬はありますか？　　なし・あり（　　）

⑤ 女性の方へ　現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか？
なし・あり（　　）

⑥ 女性の方へ　現在授乳中ですか？　　なし・あり

⑦ 薬・注射・食品などで発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？
なし・あり（　　月　　日）（品名　　）

⑧ 今までひきつけを起こしたことがありますか？
なし・あり（最終　　年　　月　　日）

⑨ 飲める薬に〇をつけてください　　水薬　　粉薬　　錠剤　　カプセル

⑩ 当院に来られたきっかけは？　　子ども（　　）が受診あり・紹介（　　）様・タウンページ・インターネット・駅の広告（堺市・天王寺）・雑誌・クチコミ・
その他（　　）

⑪ マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？
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お願いいたします。