

# 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	
来院手段	車・自転車・徒歩・その他 ( )		

- ① 今日はどうされましたか？ 熱 ( . °C) ・咳・鼻・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 出生時状況 在胎 週 日 体重 g  
その他 ( ) ( )
- ④ 栄養 母乳・ミルク・混合  
粉ミルクお使いの方 商品名 ( )
- ⑤ 現在、服用中の薬はありますか？ なし・あり ( )
- ⑥ 今までかかった病気 ハシカ (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・突発性発疹症・アトピー・腎臓病・その他 ( )
- ⑦ 今まで受けた予防接種 ロタ (1・2・3) ・B型肝炎 (1・2・3) ・Hib (1・2・3・追加) ・肺炎球菌 (1・2・3・追加) ・4種混合 (1・2・3・追加) ・BCG・MR (1・2) ・おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) (1・2) ・シナジス・水ぼうそう (水痘) (1・2) ・日本脳炎 (1・2・追加・2期) ・2種混合・3種混合 (1・2・3・追加) ・生ポリオ (1・2) ・不活化ポリオ (1・2・3・追加) ・子宮頸がん (1・2・3)
- ⑧ 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： )
- ⑨ 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)
- ⑩ 家族歴 父 歳 【健・病 ( )】  
母 歳 【健・病 ( )】  
兄弟 歳 姉妹 歳
- ⑪ 飲む薬に○をつけてください 水薬 粉薬 錠剤 カプセル
- ⑫ 当院に来られたきっかけは？  
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 ( )
- ⑬ 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。