初　診　時　問　診　表

cm　　kg

（　　年　　月　　日）

診察前にご面倒ですが、次のご質問にお答えください。

ふりがな（　　）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男　・　女　　生年月日　S・H・R　　年　　月　　日（　才　ヶ月）

〒　　電話１

ご住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話２＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1、　どうされましたか　（○をつけて下さい）　現在の体温　＿＿＿℃

1　発熱　（　なし　・　あり　）＿＿＿日前（　　）℃位

2　咳　（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

3　鼻水　（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

4 ぜいぜい（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

5　痰　（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

6　下痢　（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

7　嘔吐　（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

8 喉の痛み（　なし　・　あり　）＿＿＿日前

9　機嫌　（　よい　・　わるい　）

10　食欲　（　あり　・　なし　）

11　頭痛　（　なし　・　あり　）

12　腹痛　（　なし　・　あり　）

13　発疹　（　なし　・　あり　）

発疹部位（　　）

予防接種　：　今日、身体に具合の悪いところがありますか

いいえ　・　はい　（　　）

接種予定のワクチン　（　　）

2、　その他・既往歴・出生時の異常・伝えたい事などありましたら記入して下さい

（　　）

3、　食品・薬に対するアレルギーはありますか　なし・あり（　　）

4,　入院したことがありますか　　なし　・　あり

ありの方（病名:　　）　（いつ頃:　　）

（医療機関名:　　）　（治療内容:　　）

5、　現在、他の医療機関から処方された薬などを服用していますか？

☐ 服用してない　　☐ 服用している（マイナ保険証利用の方、お薬手帳お持ちの方は記載不要）

（薬剤名:　　）

（投薬期間:　　年　　月ごろ　　）

6、　現在、他の医療機関に通院されていますか？

☐ いいえ　　☐ はい　（医療機関名:　　）

（受診日:　　）

（治療内容:　　）

7、　本日は、下記のいずれかをご持参されましたか？

☐ 健康保険証　　☐ マイナンバーカード

8、　マイナ保険証での受診の方にお尋ねします

お子様の（あなたの）診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意しますか？

☐ 同意する　　☐ 同意しない

9、　他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

☐ いいえ　　☐ はい

10、　現在、妊娠していますか（女性のみ）

☐ いいえ　　☐ 妊娠中（妊娠　　週目）　☐ 授乳中

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。

◆　いなべこどもクリニック　◆