

# 初 診 問 診 票

年 月 日

ふりがな		性別	男・女	
お名前	生年月日	年	月	日( 歳 ヶ月)
ご住所	〒			
連絡先	(該当者に○を) 父 母 祖父 祖母 その他( )		—	—
(携帯電話優先)	(該当者に○を) 父 母 祖父 祖母 その他( )		—	—

おわかりになる範囲で以下をご記入ください。 体重 kg・g 院内での体温 ℃

他の医療機関からの紹介状 なし あり

今日はどのような症状で来院されましたか？ 発熱( 度 )

のどの痛み くしゃみ 鼻みず 咳 たん 腹痛 はきけ・おう吐 下痢  
けいれん 喘息 じんま疹 湿疹 発疹 目やに 頭痛 便秘  
その他( )

それはいつからですか？

集団生活は？  
なし あり (託児所 保育園 幼稚園 小学校 中学校 その他)

今までにかかったことがある病気は？

<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹
<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 胃腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> アデノウイルス	<input type="checkbox"/> 尿路感染症・腎臓病

ひきつけ (計 回、最終 歳 ヶ月、そのときは発熱は？ あり なし)  
手足口病 RSウイルス 新型コロナウイルス感染症  
その他( )

直近3ヶ月以内のかかった病気があれば( )

今までに受けた予防接種は？(母子手帳で確認の上ご記入ください。受けたワクチンに☑、回数に○)

<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT+ポリオ+ヒブ): 1回目・2回目・3回目・追加	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌: 1回目・2回目・3回目・追加
<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT+ポリオ): 1回目・2回目・3回目・追加	<input type="checkbox"/> ヒブ: 1回目・2回目・3回目・追加
<input type="checkbox"/> B型肝炎: 1回目・2回目・3回目	<input type="checkbox"/> ロタウイルス: 1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> BCG	
<input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん): 1期・2期	<input type="checkbox"/> みずぼうそう: 1回目・2回目
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 日本脳炎: 1期1回目・2回目・1期追加・2期
<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風(第2期)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん: 1回目・2回目・3回目	

その他( )

今までに入院されたことは？  
なし あり (病名・何歳のとき?)

今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？  
なし あり (原因となったもの・症状)

現在、他の医療機関に通院されていますか？  
いいえ はい (病名・服用中の薬)

マイナ保険証による診療情報の取得に同意 する しない

ありがとうございました。この問診票は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

当院はオンライン資格確認を行う体制を有しています。

当院はマイナ保険証を活用し、患者様の同意を得た上で診療情報を取得・活用することで、質の高い医療の提供に努めます。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証によるオンライン資格確認等の利用にご協力をお願いいたします。