

## 初診問診票



問診票記入者： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

ふりがな  
お名前： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 来院時体温： \_\_\_\_\_ °C

今日はどのようなことで来院されましたか？ \_\_\_\_\_

- いつ頃からはじまりましたか。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 頃  
 そのことで他の医療機関にかかりましたか。  はい  いいえ  
 そこではどのような説明を受けましたか。 [ \_\_\_\_\_ ]

いままでのご病気 \_\_\_\_\_

- 特になし あり→ 熱性けいれん  それ以外のけいれん  ぜんそく  アトピー性皮膚炎  
 水ぼうそう  おたふく  川崎病  心臓病  腎臓病  その他：( \_\_\_\_\_ )

今飲んでいるお薬 \_\_\_\_\_

- ない  ある→ ( \_\_\_\_\_ )

アレルギー \_\_\_\_\_

- ない  ある→ (薬/食品など \_\_\_\_\_ )

予防接種の接種内容やスケジュール等についてご心配がありますか？ \_\_\_\_\_

- ない  相談希望 ( \_\_\_\_\_ )

ご家族のタバコ \_\_\_\_\_

- 吸わない  吸う→  父親  母親  祖父  祖母  兄弟  ほか ( \_\_\_\_\_ )

ご家族の病気(どなたが?) \_\_\_\_\_

- 薬疹 ( \_\_\_\_\_ )  喘息 ( \_\_\_\_\_ )  アトピー性皮膚炎 ( \_\_\_\_\_ )  糖尿病 ( \_\_\_\_\_ )  
 心臓病 ( \_\_\_\_\_ )  腎臓病 ( \_\_\_\_\_ )  肝炎 ( \_\_\_\_\_ )  その他： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 【発熱など急性症状でおかかりの方】

- \* ご本人以外で、発熱のある方、または数日以内に発熱があったご家族がいますか？ ( はい ・ いいえ )
- \* 通園・通学先で流行している病気がありますか？ ( はい ・ いいえ ) 通園・通学先 ( \_\_\_\_\_ )
- \* 今回の症状で病児保育室トコトコの利用を希望する場合は○をしてください ⇒ ( 希望あり ・ なし )

## 【マイナ保険証について】

- \* 本日はマイナンバーカードでの保険証確認をしていますか？ ( はい ・ いいえ )
- \* はいの方 ⇒ 本日はマイナンバーカードでの診療情報取得に同意していますか？ ( 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をお願い致します。