

初診問診票

(記入日)西暦 年 月 日

ふりがな			
お名前	男・女		
生年月日	西暦	年	月 日
ご住所 (住民票のあるところ)	〒 -		
緊急連絡先①	-	-	(どなたの)
緊急連絡先②	-	-	(どなたの)
マイナ保険証による情報取得	同意した・同意していない	院内での体温	°C
診療報酬明細書の発行	希望する・希望しない	本日の体重	Kg

※ □に☑を、項目に○をつけてください

生まれた医院 (医療機関名)

在胎週数 □ 満期 □ 早産 ()週 ()日

周生期異常 □ なし □ あり ()

兄弟 ()人兄弟 ()番目

集団生活 □ なし(自宅) □ あり (園・学校名)

現在、他の医療機関に通院していますか？

□ いいえ □ はい (医療機関名)

現在、使用中の薬がありますか？

□ いいえ □ はい (処方薬名)

※お薬手帳をお持ちの方は、受付にお知らせください(記載は不要です)

既往歴 □ 喘鳴 □ クループ □ けいれん □ 熱性けいれん

□ 溶連菌 □ 小児喘息 □ アレルギー性鼻炎

□ アトピー性皮膚炎

□ その他()

薬物アレルギー □ なし □ あり ()

食物アレルギー □ なし □ あり ()

当院は、診療情報を習得・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いたします。
(2024年6月より、健康保険法の診療報酬改定に基づき、医療情報取得加算を算定させていただきます。)