

新患問診票 (記入又は○で囲って下さい)

ふりがな ----- お名前	男 ・ 女	生年月日 年 月 日 (歳 月)
ご住所 〒	電話番号 () -	
来院時の体温 °C	現在の体重 kg	

- ・ 在胎週数 _____ 週 _____ 日で生まれました。 出生体重 _____ g
- ・ 生まれたときに治療を受けたり、成長発達で何か問題があると言われたことがありますか？
(いいえ ・ はい)(内容) _____
- ・ 薬や食品にアレルギーはありますか？
(いいえ ・ はい)(品名) _____
- ・ 今まで大きな病気にかかったことはありますか？
(いいえ ・ はい)(病名) _____
- ・ 下記の病気にかかったことはありますか？
麻疹 (はしか) 風疹 水痘 (みずぼうそう) 流行性耳下腺炎 (おたふく) インフルエンザ
熱性けいれん 熱が無いけいれん ぜんそく クループ じんま疹 アトピー性皮膚炎
- ・ 他の医療機関より紹介状をお持ちですか？ (いいえ ・ はい)
- ・ 現在、通院中の他の医療機関はありますか？ (いいえ ・ はい)
- ・ 現在、お薬を飲んでいますか？ (いいえ ・ はい)
「はい」の方はお薬の名前をご記入ください _____
- ・ 本日はどうされましたか？ 次の症状があるものに丸をつけてください。
発熱 セキ 鼻水 鼻づまり 喉の痛み 腹痛 下痢 嘔吐 便秘 発疹
その他 _____
- ・ いつごろからですか？
- ・ 近所や幼稚園・保育園・学校で流行している病気はありますか？ _____
- ・ お薬はどれが飲みやすいですか？ (粉薬 ・ シロップ ・ どちらでもよい)
- ・ マイナ保険証の利用時に診療情報取得に同意いただけますか？ (いいえ ・ はい)

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いたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)