

初診問診票

漢字

電話・住所

スキャン

サマリー入力

ご予約日(年 月 日) ご予約時間(:) (乳・注・診察・登録)

ふりがな		男 ・ 女	住所	〒(-)		
お名前				電話	()	FAX
			生年 月日		年 月 日	携帯
			E-mail			

※高校生以上の方は5以下のみをご記入ください

1. 通園・通学している場合は園名、校名をお書き下さい

() 保育園・幼稚園・小・中 学校(年) 在学中

2. 出生時の体重 (妊娠 週 ・ g) 生まれた病院 ()

3. 出生時の異常 ない・ある()

4. 兄弟・姉妹はいらっしゃいますか いない・いる (人兄弟(姉妹)の 番目)

5. 現在治療中・経過観察中の病気はありますか いいえ・はい (病名:)

→ はいの場合、飲んでいる薬 ない・ある()

6. 入院されたことはありますか いいえ・はい (はいの方は以下ご記入ください)

病名: いつ: 歳頃 日間

7. 食物アレルギーの有無 ない・ある (食品名:) ・ わからない

8. 薬に対するアレルギーの有無 ない・ある (薬名:) ・ わからない

9. どのようにして当院を知りましたか

家族がかかっている (名前: 生年月日: 昭・平・令 年 月 日)

(名前: 生年月日: 昭・平・令 年 月 日)

ご家族とのファミリー登録(紐づけ)を希望しますか?(はい・いいえ) どちらかに○をお願いします。

※登録をするとご家族で同時に予約を取ることができます。

知り合いの紹介 ・ 病院の紹介(病院名:) ・ 市の紹介

助産師の紹介 ・ ホームページを見て ・ 広報たちかわを見て ・ その他()

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか 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いたします。

◆医療情報取得加算(初診時) 1 3点

2 1点 (マイナ保険証を利用した場合)

以下クリニック記入欄 *こちらには記入しないでください

2024.6 j02_初診問診票 New

*カルテ番号		*家族カルテ		*母子手帳 なし	*作成者	
--------	--	--------	--	----------	------	--

さいわいこどもクリニック