

# 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・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)

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

2023.9 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

FAX. 042-536-3458(24時間受付)