

小児科問診票

氏名 _____ 男子 女子 年 月 日

生年月日 年 月 日 () 歳 体重 () kg 身長 () cm

マイナ保険証のご利用のお願い

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。

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

本日の受診理由を教えてください (いつから、どんな症状があったかなど)

他医療機関からの紹介状はありますか はい いいえ

他医療機関に通院していますか はい () いいえ

現在内服のお薬はありますか はい () いいえ

マイナ保険証登録で、情報取得に同意された方は記載を省略できます

ただし、直近一か月以内の処方 は記載いただくか、お薬手帳をお見せください

薬や食物のアレルギーはありますか はい いいえ

はいの場合具体的に記載ください

ご家族に当てはまるものがあれば○をして続柄をご記入ください

喘息 () アトピー性皮膚炎 ()

喫煙者 () ペットを飼っている ()

妊娠中の方 (週) 授乳中 (生後 月 日)

希望されるお薬の形に○をしてください。 シロップ 粉 錠剤 座薬

受診のきっかけはなんでしたか 紹介 ホームページ 看板 その他