ID:

初診問診票

2診・隔・処・車（　）

ふりがな			ご住所	〒（　　－　　）
お名前		男　女		
生年月日	年　月　日　歳			
電話①			電話②	

1、出生時の体重　（妊娠　　週　　g）・わからない

2、保育園・幼稚園・学校に行っていますか？　はい・いいえ
（園・学校名　　）

3、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？　いない・いる（　人きょうだいの　番目）

4、今までにかかった病気に〇をつけてください。
突発性発疹・水ぼうそう・おたふく・気管支炎・喘息・肺炎・熱性けいれん
その他（　　）

5、予防接種は受けていますか？　全部受けている・わからない（受けた予防接種がわかる方は〇をつけてください）
ヒブ（1・2・3回・追加）　肺炎球菌（1・2・3回・追加）　B型肝炎（1・2・3回・追加）　BCG
ロタ（1・2・3回）　四種混合（1・2・3回・追加）五種混合（1・2・3回・追加）　麻疹風疹（1・2回）
水ぼうそう（1・2回）　おたふく（1・2回）　日本脳炎（1・2・3回・2期）

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：（　年　月頃　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（薬品名：　　）・わからない

9、お薬は飲めますか？　はい（　水薬・紛薬・錠剤　）・苦手・わからない
現在、飲んでいる薬はありますか？　いいえ・はい

１０、今日はどうされましたか？

・ご家族に<u>のどの違和感</u>や<u>発熱</u>などある方　いない・いる（だれ　　）
・周囲に新型コロナ、インフル感染者　いない・いる（コロナ・インフル　だれ　　）
・今シーズン、コロナ・インフルになられたこと　ない・ある（コロナ・インフル　いつ　　）

体温	℃
体重	kg

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。
マイナ受付をされた方…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

◆医療情報取得加算　初診時　加算１　3点　加算２　1点
再診時　加算３　2点　加算４　1点

うえむらこども医院