～初めて当院で診察を受ける方～

保険証確認

仮 ID をお持ちの方は↓記入ください
仮 ID

※小児の方のみ　体重

体温

ふりがな　　来院日　　年　　月　　日
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性　別　（　男　　女　）

生年月日＿西暦　　年　　月　　日　（　　才　　ケ月）
〒
住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿（　　）＿＿＿＿　携帯電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿

①本日はいかがなさいましたか。お困りの症状に✔や〇をつけ、日付をご記入ください。

□発熱（　　）時頃（　　）℃　月　日～	□吐き気　月　日～
□セキ・ゼイゼイ・息苦しい　月　日～	□嘔吐　１日（　　）回　月　日～
□鼻汁（黄色・透明）　月　日～	□下痢　１日（　　）回　月　日～
□たん（黄色・透明）　月　日～	□腹痛　月　日～
□のどの痛み　月　日～	□頭痛　月　日～
□水分　とれている　・とれていない	□食欲　あり　・　なし
体にブツブツはありますか？　はい　・　いいえ	
耳下腺が腫れていますか？　はい　・　いいえ	
その他	

②下記の質問にお答えください。

薬や食べ物のアレルギーはありますか？	いいえ はい→（薬剤名：　　） （食品名：　　）
上記の薬や食べ物によるアナフィラキシーの既往はありますか？ 上記アナフィラキシーにより救急搬送されましたか？	いいえ はい→（じんま疹・吐き気・下痢・腹痛・呼吸困難 意識低下・血圧低下・その他：　　） いいえ　・　はい→（ 入院　・　外来 ）
現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか？	いいえ はい→（病名：　　） （薬剤名：　　） お薬手帳があれば、お見せ下さい
今まで入院や長期の通院をされたことはありますか？	いいえ はい→（いつ頃：　　歳の時　　） （病院名：　　） （病名：　　）
マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？　はい　・　いいえ	

紹介状をお持ちの方は、問診票と一緒にご提出下さい。

◆裏面のご記入もお願い致します◆

③小児の方のみ、下記の質問にお答えください。成人の方は、④へお進みください。

出生時の体重は？	（　　）グラム
分娩時・新生児期に何か問題はありましたか？	いいえ はい→（早産・仮死・強い黄疸・感染症） （その他：　　）
ご両親の年齢は？	父（　　）歳、母（　　）歳
兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？	いいえ はい→（　　人兄弟（姉妹）の　　番目） 兄弟姉妹の性別・年齢 （男・女　　歳）（男・女　　歳） （男・女　　歳）（男・女　　歳）
※未就学のお子様のみお答えください。 平日の保育は主にどなたがなさいますか？	父・　母・　祖父母・　保育園・　幼稚園 （その他：　　）
薬はどの種類が飲めますか？ ご希望がある方は〇をお付け下さい。	粉　・　錠剤　・　カプセル シロップ（お時間かかります）　・全て
今までにかかった病気に〇をつけて下さい。	突発性発疹（　　歳）・麻疹（　　歳） 風疹（　　歳）・水ぼうそう（　　歳） おたふくかぜ（　　歳） 気管支喘息（　　歳から） 熱性けいれん（　　回）・中耳炎（　　回）

④成人の方のみ、下記の質問にお答えください。

タバコは吸いますか？	いいえ はい→（　　本／日）
右記のお薬のご希望がある方は〇をお付け下さい。	トローチ・　うがい薬　・　漢方薬 その他：
※女性の方のみお答えください。 妊娠していますか？ 授乳中ですか？	 いいえ　・　わからない　・　はい いいえ　・　はい
この１年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？	いいえ はい→（受診時期：　　※） （指摘事項：　　※） ※マイナ保険証による情報取得に同意された場合は記載不要

⑤注意事項

・小児（10才未満）の方は、日曜日の処方は２日分となります。
・時間予約の方を優先的に診察致します。時間指定なしの方、予約なしの方は、診察の進行状況により待ち時間が長くなる場合があります。予めご了承ください。
・中学生以下の保護者不在の受診は、お断りしております。

上記事項確認しました　　サイン

ご協力ありがとうございました。

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１：６点　　加算２：２点(マイナ保険証を利用した場合)

丸岡内科小児科クリニック