

初診用 いそかわキッズクリニック 小児科問診票

初診日 年 月 日

フリガナ		男・女	出生体重		Kg		
お名前							
生年月日	平成・令和	年	月	日	年齢	歳	か月
今の熱			℃	今の体重			Kg
所属名	保育園・幼稚園・小学校・中学校						
住所	〒 —						
電話番号	() —		携帯番号				

症状をお書きください

経過をできるだけ詳しくお書きください

月 日 曜日から

月 日 曜日

月 日 曜日

出生時に異常はありましたか (はい ・ いいえ)

現在治療中の病名:

通院中の医療機関名:

現在、処方されている 薬品名:

用量:

投薬期間:

入院や手術を要する病気等にかかったことがありますか (はい・ いいえ) はいの場合はお書きください

病名: 時期: 医療機関名: 治療内容:

アレルギーをおこす薬や食物がありますか あれば名前をお書きください (ない ・ ある)

家族でアレルギーの方がいますか (はい ・ いいえ)

家庭内喫煙はありますか (はい ・ いいえ)

他の医療機関からの紹介状を持っていますか (はい ・ いいえ)

コロナワクチンについて 接種・未接種

1回目 年 月 日

2回目 年 月 日

3回目 年 月 日

コロナに罹患されたことがありますか (はい ・ いいえ) 年 月 日

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されますか (はい ・ いいえ)