

当院では診療情報を取得・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。

この用紙は当院「個人情報取り扱い規則」に基づいて
処理します。別紙内容をご確認の上ご記入ください。

ID _____

初診問診票（乳幼児）

ふりがな				両親の氏名	
氏名	男 ・ 女			父	
生年月日	平	令	年 月 日（ ）才（ ）ヶ月		才
住所				母	
電話番号	（ ）	-	携帯（ ）		-

マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されますか？ （他院の通院歴や処方歴など）	はい いいえ
---	-----------

* 今日のご相談内容をお書きください	今の熱（ ）℃	体重（ ）kg
--------------------	---------	---------

* 現在内服や使用している薬があれば お書きください

* 今までに経験した病気や怪我があればお書きください

年 齢	病 名	病院名	○をしてください
			通院 ・ 入院
			通院 ・ 入院

* 薬で具合が悪くなった事がありますか？ある方は薬の名前と症状をお書きください

* 裏もごさいます

* 今までに受けた予防接種に○をつけてください		ロタウイルス	1 回	2 回	(3 回(ロタテックのみ))
ヒブ	初回(1 回 2 回 3 回) 追加	BCG	済み ・ 未		
肺炎球菌	初回(1 回 2 回 3 回) 追加	麻疹風疹混合	1 期	2 期	
B 型肝炎	1 回 2 回 3 回	水痘	1 回	2 回	
四種・五種混合	初回(1 回 2 回 3 回) 追加	日本脳炎	初回(1 回	2 回)	追加

* 出産時の様子を教えてください

生下時体重	g	出産後に異常があった場合は、内容を記入してください
在胎週数	週 日	

* 治療についてのご希望をお聞かせください（各項目を○×で記入してください）

() 検査を希望	☆その他のご希望があればお書きください
() ステロイドの塗り薬を使用したくない	
() 薬で治ればよい	
() 食事療法について相談したい	

* ご家族のアレルギーとペットについてお尋ねします(例:喘息 鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんま疹 など)

続柄	病 名	☆ペットを飼育していますか？
		いない
		している
		（ 室内犬 外犬 ネ コ その他() ）

* 食物アレルギーが心配な方は、記入をお願いします ()は該当するものに○をしてください

哺 乳	母乳のみ() 混合() ミルク()	1 回 ml × 回
離乳食	1 回食 ()	内容
	2 回食 ()	内容
	3 回食 ()	内容
	大人と同じ()	内容
除去している食品	本人	母

* アレルギーの検査を受けた事がありますか？

ない ・ ある（血液検査・皮膚プリックテスト）	→ 検査結果をお持ちの方は受付にお出しください
-------------------------	-------------------------

* 他の医療機関にて治療を受けていた方で今回アレルギーの相談をされる方は、かんたんな経過をお書きください。

年齢	大まかな症状 または 病名	病院名	使用していた薬や治療