

問診票

年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日
〒 住所		
自宅電話番号() -	携帯番号	
緊急連絡先 () -	名称	職業

1. どのような症状でお困りですか？

()

2. それはいつ頃からですか？

()

3. 今までにかかった病気はありますか？

いいえ はい

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳梗塞

喘息 胃十二指腸潰瘍 結核 緑内障

手術歴：なし あり () 入院歴：なし あり ()

4. アレルギーはありますか？

いいえ はい

※はい と答えた方のみ アレルギー症状を起こした事のある方は、原因となった物、症状をお書きください。

()

5. 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか？

いいえ はい

医療機関名： 受診日：
治療内容：

6. たばこは吸いますか？

いいえ (吸ったことがない 禁煙した) はい (歳から 本/日)

7. お酒は飲みますか？

いいえ はい (ビール ml/回, 酒 合/回, 焼酎 ml/回, その他 ml/回)

8. 女性の方のみ 妊娠の可能性 無 有 授乳中ですか？ いいえ はい

9. 検査・治療についてご希望があればお書きください。

()

10. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

通りがかり 紹介 (紹介状：あり・なし) ホームページ 看板 近所
その他 ()

↓裏面のご記入もお願いします

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。正確な情報を取得する為、マイナ保険証（マイナンバーカード）の利用にご協力をお願い致します。

○マイナ保険証（マイナンバーカード）の持参・・・なし・あり

※ありと答えた方のみご記入ください。

マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意されましたか？

・・・はい・いいえ

○現在、当院以外で処方されている薬がある場合はご記入をお願い致します。

薬剤名・用量・投薬期間をご記入下さい。例) ○○○剤、△mg、○年○月○日～

○この一年間で健診（特定健診及び高齢者検診）を受診しましたか？・・・はい・

いいえ

（マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記入不要です。）

受診時期、結果等指摘事項をご記入下さい。

・受診時期： 年 月頃

・結果等指導事項：

ご協力ありがとうございました。

◇ 記入が終わりましたら、お手数ですが受付までお持ち下さい。

今伊勢よしかわクリニック

小児問診票

年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 H・R 年 月 日(才)
〒 住所		自宅電話番号() - 携帯番号

- どのような症状でお困りですか？
()
- それはいつ頃からですか？
()
- このことで、これまでかかった病院、医院がありますか？
ない ある (病院・医院)
- 通っているのは、
_____保育園/幼稚園
_____小学校 _____中学校
- お母さんは妊娠中、出産前後に何か異常がありましたか？
ない ある ()
- 新生児期に、何か異常がありましたか？(仮死・黄疸など)
ない ある ()
- 出生時と発達についてご記入ください。
在胎週数 (週)、出生体重 (g)
首すわり (か月) おすわり (か月) ひとり歩き (か月)
- 乳児期の栄養法はどれですか？ 母乳 ミルク 混合
- これまでに受けた予防接種についてご記入ください。
 BCG, ポリオ ___回, 三種/四種混合 (I期 ___回, II期), はしか, 風疹, MR,
 おたふくかぜ, 水ぼうそう, 日本脳炎(1期 ___回, 2期), ヒブ, ロタ, B型肝炎,
 肺炎球菌, インフルエンザ, A型肝炎, その他()
- どんな病気にかかりましたか？
 はしか, おたふくかぜ, 水ぼうそう, 風疹, 百日咳, 川崎病, 溶連菌感染症
 その他()
手術歴: なし あり () 入院歴: なし あり ()
- ひきつけをおこしたことはありますか？
 ない ある (___歳ごろから ___回くらい。どんなときに _____)
- アレルギーはありますか？
 いいえ はい (食べ物 () 薬 ())
※はい と答えた方のみ アレルギー症状を起こした事のある方は、原因となった物、症状をお書き下さい。
()
- 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか？
 いいえ はい [医療機関名: 受診日:]

治療内容：

↓裏面の記入もお願いします。

14. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

通りがかり 紹介 ホームページ 看板 近所 チラシ その他（)

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（マイナンバーカード）の利用にご協力をお願いいたします。

◆当院では、医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）を算定しております。

加算1として6点 ※マイナ保険証を利用した場合は加算2として2点

●マイナ保険証（マイナンバーカード）の持参 . . . なし . あり

※あり と答えた方のみご記入ください。

マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意されましたか？

はい いいえ

○現在、当院以外で処方されている薬がある場合はご記入をお願いいたします

薬剤名・用量・投薬期間をご記入ください。 例) ○○○○剤、△mg、○年○月○日～

ご協力ありがとうございました。

◇記入が終わりましたら、お手数ですが受付までお持ちください。◇

