

小児科 初診問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ
氏名： _____ さま (男・女)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ ヶ月)

住所： 〒 _____ - _____ _____

自宅電話番号： _____

携帯電話： (母) _____ (父) _____

○本日は、どうされましたか？

○これまでにかかった病気はありますか？

ない・ある (_____)

○現在治療している病気はありますか？

ない・ある (_____)

○薬や食べ物等のアレルギーがある方は記入ください。

ない・ある (_____)

○妊娠中・出産時に気になることがありましたか？

ない・ある (_____)

出生時の：週数 (_____) 週 (_____) 日 体重 (_____) g 身長 (_____) cm 頭囲 (_____) cm

○現在、ご家族で喫煙されている人はいますか？

いいえ・はい (父 _____ 本/日、母 _____ 本/日、同居者 _____ 本/日)

医療費明細書を希望されますか？..... 希望する・希望しない

お薬はジェネリックと先発品のどちらを希望されますか？..... ジェネリック・先発品

_____ 変更したいときはいつでも言ってください _____

カルテ作成のため、保険証、受給券をスキャナー取り込みさせていただきます。

ご理解の程、よろしくお願い致します。