

初診申込票(中学生まで)

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな			〒	—
お名前			住所	
生年	西暦	年 月 日	男	電話 ()
月 日	(歳 か月)		女	携帯 ()

ごめんどうですが、次の質問にお答え下さい。

1	生まれたときの体重 (妊娠 週・ g) 生まれた病院() 生まれたときの異常 ない・ある ()
2	乳児期の栄養法 母乳・混合・人工・その他()
3	ご兄弟はいらっしゃいますか いない・いる → (人兄弟の 番目)
4	現在通園・通学している場合は、園名・校名をお書き下さい ()保育所(園)・幼稚園 (年 月)から登園 ()小学校・中学校 (年)在学中
5	入院・手術をされたことはありますか いいえ・はい (いつ頃 病名 医療機関 治療内容)
6	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他)にかかり、通院していますか いいえ・はい(いつ頃 病名 医療機関 治療内容)
7	いままでかかったことのある病気があれば、○を付けてください 突発性発疹・はしか・風しん・百日せき・水ぼうそう・おたふくかぜ・気管支喘息 ひきつけ・熱性けいれん(年 月 日)・その他()
8	薬や食品に対するアレルギーはありますか ない・ある(原因 症状)
9	ご家族・ご親族に気管支喘息(ぜんそく)や、アレルギー体質の方はいらっしゃいますか いない・いる → 父・母・兄弟・その他() 病名()
10	ご家族の方に喫煙される方はいらっしゃいますか いない・いる → 父・母・その他()
11	来院されたきっかけは ・家族がかかっている (お名前 生年月日 西暦 年 月 日) (お名前 生年月日 西暦 年 月 日) ・知り合いの紹介 (お名前) ・病院からの紹介 () ・インターネットの検索で(検索先) ・当院のホームページを見て ・その他()
12	現在の体重 (kg)

裏面のご記入もお願いします

- 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
- 他院からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

1 本日受診された症状は？

症状

発症時期

経過

2 現在、他の医療機関に通院していますか？

医療機関名

受診日

治療内容

3 現在処方されている薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの場合は記入せず提示をお願いします）

薬剤名

用量

治療期間

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）しています。