

ふりがな	生年月日	平・令	年	月	日
氏名	男 ・ 女	年齢	歳	ヶ月	
		体重			
住所 〒 —		自宅電話			
		— —			
		携帯電話			
		— —			

次の質問に○印でお答え下さい。()内は内容をお答え下さい。わかる範囲で結構です。

- どんな理由で当院にお越しになりましたか
いつから() 発熱(最高 °C)直近(°C)
咳 ゼイゼイ 鼻水 鼻づまり 嘔吐 下痢 便秘 腹痛 頭痛 発疹
その他()
- 食欲はどうですか (良い・少し悪い・悪い)
- 元気はどうですか (良い・少し悪い・悪い)
- 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか ない ・ ある
- 今までに大きな病気や特別な事がありますか
ない ・ ある (時期) (内容)
- 現在、他の医療機関に通院していますか
していない ・ している (医療機関名)
- 現在、処方されている薬はありますか
ない ・ ある (薬剤名)
- 薬のアレルギーはありますか
ない ・ ある (薬剤名)
- アレルギー体質と言われたことはありますか
ない ・ ある (内容)
- 生まれた時から現在までの発育状況について
妊娠中の異常 なし ・ あり (内容)
出産時の異常 なし ・ あり (内容)
在胎週数 (週) 出生体重 (g)
栄養方法 母乳 ・ ミルク ・ 混合
運動発達 首のすわり (ヶ月) おすわり (ヶ月)
一人歩き (歳 ヶ月) 言語の遅れ なし ・ あり
- マイナ保険証による診療情報に同意しましたか はい・ いいえ

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
医療情報取得加算(初診時)加算1、3点・加算2、1点(マイナ保険証を利用した場合)