

## 問診票（初回受診時）

記入日：（西暦） 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日（西暦）	年 月 日
住所	〒 -	電話番号	- -

本日受診に至った症状を具体的に記載して下さい。

	体重 kg
--	-------

お生まれになった頃のことについて教えて下さい。

出生週数：在胎 週 日	出生時体重 g	出生時身長 cm
ご出産施設名：		
出生後何か治療を受けましたか： なかった ・ あった（ ）		

差し支えなければ、以下分かる範囲でお答えください。

1. 通園先・通学先を教えてください。 ( )

2. 現在通院中の医療機関や服用中のお薬があれば教えてください。 ある ・ なし  
( )

3. 過去に病気で入院をしたことがありますか？ ある ・ なし  
( )

4. 薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？ ある ・ なし  
( )

5. その他、ご質問等あればご自由に記載して下さい。  
( )

6. マイナ保険証ご提示の方に質問します。マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ いいえ ・ はい

※記載がない場合は「いいえ」と判断させていただきます。