

問 診 票

年 月 日

フリガナ	生年月日：平成・令和
氏 名	年 月 日 (歳)
愛 称	くん・ちゃん
	性別 男・女
住 所	
電話番号	

出生時体重	g	現在の体重	Kg
生まれた時に異常はありましたか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今日 体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください。 ()		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在何か病気にかかっていますか (病名) 現在服用している薬はありますか (薬名)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
過去に大きな病気にかかったことがありますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
手術を受けたことがありますか ()		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お薬で発疹が出たり 気分が悪くなったことがありますか (薬品名)		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お薬以外でアレルギーをおこしたことがありますか 1. 食物 (卵・牛乳・ピーナッツ・大豆) 2. 花粉 3. ほこり 4. 動物 5. その他		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ジェネリック医薬品をご希望の方には院外処方せん を発行しています。院内・院外どちらを希望されますか。		<input type="checkbox"/> 院内	<input type="checkbox"/> 院外
マイナー保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか 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。 <input type="checkbox"/> はい 正確な情報を取得・活用するため、マイナー保険証の利用にご協力をお願いします。 <input type="checkbox"/> いいえ			
備 考 何かお伝えになりたいことがあれば、ご記入ください。			

(中学生以下用)

中井医院