

# ☆初診問診票☆

とのうちファミリークリニック

フリガナ		男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
お名前							
ご住所	〒	—	電話番号	(	)		
			携帯番号	(	)		
診察券をお持ちの方の お名前 続柄							
診察券をお持ちのご家族 なし ・ あり (かか )							

診療の参考にさせていただくため、以下の質問にお答えください

☆お子さんのみお答えください							
妊娠期間	週	出生時体重	g				
お子さんは	人中	番目					
( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校							

★今まで大きな病気にかかったことや現在治療中の病気はありますか (はい・いいえ)

はいの方: 病名 ( )

その病気で入院しましたか (はい・いいえ)

★アレルギーの病気はありますか (はい・いいえ)

はいの方: 喘息 ・ アトピー ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー ( )

薬アレルギー ( )

★慢性疾患で服用中の薬はありますか (はい・いいえ)

はいの方 お薬手帳をお出してください→お持ちでない方 (薬の名前 )

★今までかかったことのある病気を○で囲んでください

突発性発疹・水痘・おたふく・麻疹・風疹・百日咳

★その他特記事項 (ご自由にお書きください)

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※お書きいただいた情報は診療目的以外には使用いたしません