

ID

初診問診票



ふりがな
氏名 _____ (男・女) 受診日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

生年月日：(平成・令和) ____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢： ____ 歳 ____ ヶ月

通っている学校・幼稚園・保育園： _____

住所：〒 _____

自宅電話： _____ 携帯電話： _____ (母・父・その他 _____)

本日受診した症状について教えてください。

発熱：あり・なし

(※妊娠の可能性：あり・なし)

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

- ★妊娠中・出生時の異常 (なし・あり) _____)
- ★大きな病気、入院、手術の経験はありますか？ (なし・あり) _____)
- ★アレルギーはありますか？ (なし・あり) _____)
- ★現在治療中の病気があればご記入ください。
(病名： _____ 使用中薬剤： _____)
- ★ご家族に大きな病気、入院、手術をされた方はいますか？ (いいえ・はい) _____)

オンライン資格確認システムによる患者様情報等の活用について

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン確認システムを導入しております。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おります。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。

マイナンバーカード：無・有 マイナ保険証による診療情報取得に同意する

ご記入有難うございました。



もしもしキッズクリニック
moshi moshi kids clinic