

当院受診が初めての方へ 問診票 記載 年 月 日

ふりがな 氏名 男・女 電話（日中連絡がつく）番号（ ） 西暦 年 月 日 生

住所

体重 kg 受診時の体温 °C

所属 保育園・幼稚園・小・中・高等学校 年生

大学 学部

●他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい いいえ

●今日はどうなさいましたか（あてはまる症状に○をつけて下さい）

発熱（最高体温 °C） 咳 たん ぜいぜい 呼吸困難 鼻水 鼻づまり
のどの痛み 頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 食欲不振 発疹 けいれん 健診 予防接種
その他（

●通っている学校などで流行している病気がありますか なし 胃腸炎 インフルエンザ A, B

その他（

●上記の症状はいつからですか から

●食物や薬のアレルギーがありますか ない ある（薬剤名・食品名

●現在妊娠中（可能性あり）または授乳中ですか 妊娠 週 授乳中

●今までかかった病気を教えてください（○をつけてください）

突発性発疹症 水痘（みずぼうそう） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ぜんそく アトピー性皮膚炎
アレルギー性鼻炎 気管支炎/肺炎 胃腸炎 便秘症 その他

●手術/入院歴 なし あり（病名 年齢 歳 病院名

●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

●現在、他院から処方されているお薬がありますか？

（マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は、省略可能です）

薬剤名（ ）、用量（ ）、投薬期間等（ ）

薬剤名（ ）、用量（ ）、投薬期間等（ ）

薬剤名（ ）、用量（ ）、投薬期間等（ ）

●家族構成（同居の家族は本人を入れて合計 人）

父（ 歳）、母（ 歳）、兄（ 歳）、弟（ 歳）、姉（ 歳）、妹（ 歳）、

祖父 祖母 その他（

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。

◆医療情報取得加算 1：初診時3点（マイナ保険証を利用していない場合） 2：初診時1点（マイナ保険証

利用時または他の医療機関から診療情報の提供を受けた場合 石田小児科医院 2024年6月～