

小児初診 問診票【中学生以下】

令和 年 月 日

ふりがな			生年月日		
受診者氏名 (かかられる方)		男・女	H・R (年 歳	月 ヶ月)
現住所	〒 -				
自宅番号	() -				

下記について、お答え下さい。

1、今までに大きな病気にかかったことがありますか(入院や手術を要する病気)

(はい ・ いいえ)

『はい』と答えられた方 医療機関:

病名:

時期:

治療内容:

2、これまでに薬や注射で発疹が出たり、気分が悪くなった事は、ありますか?

はい 薬品名 () ・ いいえ

3、現在、他の病院に通院中していますか? (はい ・ いいえ)

『はい』と答えられた方 医療機関:

病名:

時期:

治療内容:

4、本日はどうされましたか?

内科症状	[]
泌尿器科	[頻尿 ・ 排尿時痛 ・ 血尿 ・ その他 ()]
皮膚科	[部位 () 発赤 ・ 湿疹 ・ かゆみ ・ その他 ()]

*その症状はいつからですか? ➡ ()

当院は診療情報を取得・活用することに質の高い医療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します。