

小児科問診票(新患・3ヶ月以上受診されていない患者様)

医療法人徳洲会 古河総合病院

受診日: 20 年 月 日		紹介状: 無 ・ 有		
ID(登録番号):		おなまえ:		性別: 男 ・ 女
生年月日: 年 月 日		年齢: 歳 ヶ月		
体温: ℃	身長: cm		今日の体重: Kg	

どうなさいましたか？(いつ頃から、どのような症状があるのかを記入して下さい。)

付き添われて来た方: 父 母 祖父 祖母 その他()

母子健康手帳の持参: なし ・ あり

保育園・幼稚園・学校名: () クラス名: ()

出産時の病院名: () 在胎週数: (週 日) 出生時体重: (g)

かかりつけの病院・医院: なし ・ あり()

現在、他の医療機関に通院されている方は医療機関名をご記入ください ()

受診日: 年 月 日 治療内容:

現在処方されている薬 (お薬手帳をお持ちの方は、ご提示お願いいたします)

なし ・ あり()

既往歴(いままでにかかった主な病気): なし ・ あり

病名: 時期: 医療機関名:

食物・花粉・ダニなどのアレルギー: なし ・ あり()

薬剤アレルギー: なし ・ あり(薬剤名: 症状)

感染症の人との接触: なし ・ あり()

海外渡航歴(過去1か月以内): なし ・ あり()

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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致します。

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ □ はい □ いいえ