

問 診 票 (初診用)

記入日 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	住 所	〒
氏 名				
生年月日	年 月 日 (歳)	携 帯 電 話		
() 保育園、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、その他				

いつからどんな症状があるかお書きください

薬や注射、食物でショックをおこしたり、じんましんがでたりしたことがありますか

ない ある ()

今までひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか

ない ある (回 ・ 最終ひきつけ 年 月)

生まれながらの病気や基礎疾患・発達の遅れなどがありましたか

ない

ある (先天性の病気 ・ 発達の遅れ :)

その他 ()

今までにかかった病気を○で囲んでください

はしか・百日咳・おたふくかぜ・水ぼうそう・風疹・結核・気管支喘息・アトピー性皮膚炎

その他 ()

今までに受けた予防接種を○で囲んでください

三種混合・四種混合・BCG・ポリオ・麻疹風疹(I期・II期)・麻疹(単独)・風疹(単独)・日本脳炎・

おたふくかぜ・水ぼうそう・ヒブ・肺炎球菌・子宮頸がん・不活化ポリオ・ロタリックス・B型肝炎・その他 ()

現在、他に飲んでいる薬がありますか

(マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、直近一か月以内の処方薬以外は省略可)

ない ある ()

マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか

はい いいえ

女性の方にお聞きします 妊娠している 授乳中

県外の方へ 帰省先(下関)

氏 名 ()

住 所 ()

電話番号 ()

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

はい いいえ