

☆ 野島内科 小児 初診 問診票 ☆

※こちらにご記入いただきました個人情報は当院の定めた使用目的の範囲内で使用いたします。

※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。

(記入日 年 月 日)

ふりがな
お名前

お誕生日 平成 年 月 日 (才)

住所

体重 kg

電話番号 <自宅>

携帯 (母 ・ 父)

保護者の氏名 続 柄()

マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ (はい ・ いいえ)

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

本日は、どのような症状で来院されましたか？

その症状はいつ頃から出ましたか？

今までに病気、手術、入院などの経験はありますか？ (はい ・ いいえ)

●はいの方…

食べ物や薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

●はいの方…

現在服用している薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

●はいの方…お薬の名前

粉薬はのめますか？ (はい ・ いいえ)

シロップ薬はのめますか？ (はい ・ いいえ)

当院は何でお知りになりましたか？

- 1、知人からの紹介 (様) 2、新聞の広告
- 3、看板を見て 4、当院のホームページ
- 5、インターネット 6、家から近いから
- 7、その他