

## 那珂キッズクリニック小児科 初診時間診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	生年月日
お子さんのお名前		歳 ヶ月	男 女	H・R 年 月 日
保護者のお名前		歳	続柄	
ご住所	〒 -			
電話番号	携帯 ( )		自宅 ( )	
所属	保育園(所)・幼稚園・小学校・中学校・高校			
お誕生のとき	在胎( )週 出生体重( )g			
今までにかかった病気 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他のアレルギー <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 熱性痙攣( 回) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠中や出生時の問題 <input type="checkbox"/> 異物誤飲 <input type="checkbox"/> その他( )			
入院したことはありますか?	ない・ある( 才 病名 病院名 病院)			
手術したことはありますか?	ない・ある( 才 病名 病院名 病院)			
食物・薬のアレルギー	ない・ある( )			
今までに済ませた 予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて、済んでいる回数に○をつけてください	<input type="checkbox"/> Hib(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3) <input type="checkbox"/> ロタウイルス(1・2・3) <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 五種混合(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合(1期・2期) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・追加・2期) <input type="checkbox"/> 水痘(1・2) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(1・2) <input type="checkbox"/> 二種混合(DT) <input type="checkbox"/> その他( )			
本日も来院になった理由	<input type="checkbox"/> 診察(発熱あり) <input type="checkbox"/> 診察(発熱なし) <input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 予防接種( )			
他院かかりつけ医の有無	かかりつけ医療機関登録の同意書を提出した医療機関が <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか? はい・いいえ				

### ご家族（お子様と同居の方のみご記入ください）

	年齢	特病・治療中の疾患	当院の診察券番号
父	歳	なし・	
母	歳	なし・	
	歳	なし・	
	歳	なし・	
	歳	なし・	
	歳	なし・	

ご記入いただきました問診票は受付にご提出ください。

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。