# 問　診　票　　（初診用）

記入日　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | 男 ・ 女 |
| 生年月日　　年　　月　　日 | 年齢　　歳　ヵ月 |
| 住　所　〒　　ー | |
| 電話番号　（必要時に病院から連絡してよい番号をご記入下さい）<br>Tel.　　（母 ・父 ・自宅 ・その他　　） | |
| 通っている<br>ところ | 自宅　（　　）保育園　（　　）幼稚園<br>（　　）小学校　（　　）中学校　その他（　　） |

**今までのことを教えてください。わかる範囲でかまいません。**

・ 生まれたとき

在胎週数　　週　　日　（ 予定日　　月　　日 ）

出生体重　　g

出生場所　（　　）　　入院期間　　日

出生時の異常： なし ・ あり （　　）

・ 乳幼児健診で、なにか指摘されたことはありますか？

いいえ ・ はい （　　）

・ 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

いいえ ・ はい （　　）

・ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい （　　）

**ご家族について、差し支えない範囲で教えてください。**

| お名前 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | 通っているところ | 既往症・アレルギーなど |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ご記入、ありがとうございました　　目白こどもクリニック

＊「マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認」について

当院では、診断および治療等の質の向上を図る観点から、オンライン資格確認を行う体制を整えております。

患者様の薬剤情報又は特定健診情報、その他必要な情報をオンライン資格確認のシステムにより取得、活用して診療等を行っているため、厚生労働省の定めにより「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」を算定いたします。

恐れ入りますが、ご理解くださいますようお願い申し上げます。