

ID:

新患問診票

日付:

ふりがな		男 女	体重(子どものみ)
氏名			kg
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	歳 ヶ月	
郵便番号 自宅住所	〒 東京都世田谷区		
携帯電話		自宅電話	

①本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

- 健康保険証 マイナンバーカードの保険証(以下、マイナ保険証)

②マイナ保険証で受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報(受診歴・薬剤情報・健診歴など)を当院が取得することに同意されますか？

- 同意する 同意しない (※)

③本日どうして来院されましたか？(該当するものをチェックしてください。)

- 診察 予防接種 健康診断 病児保育利用 その他

いつからどのような症状ですか？

発熱 月 日 °C

何時から発熱していますか？ 午前・午後 : ~

その他症状がある方はご記入ください。

④今までに薬や食物などでアレルギーを起こしたことがありますか？

- ない ある (卵・牛乳・大豆・小麦・その他:)

⑤今までにアレルギー性の病気と診断されたことがありますか？

- ない ある (気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他:)

⑥今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか？

- ない ある (いつ頃: 年 月ごろ)

(病名:)

⑦今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか？

- ない ある

※⑧ニコこどもクリニックにご家族でかかられている方はご記入ください。

お名前 () 生年月日 (平成・令和 年 月 日)

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のご協力をお願いいたします。