

# 初めて受診されるお子様・ご父兄へ

新しいカルテをお作りしますので、下記の項目にご記入をお願いいたします

フリガナ			性別	生年月日
お名前	(姓)	(名)	男	平成・令和 年 月 日
			女	歳 か月
ご住所	〒 -			
ご連絡先	※日中ご連絡が取れるお電話番号をお願いいたします			

## 個人情報保護等 当クリニックからのご確認

当クリニックは個人情報の取扱いにも万全の体制で取り組んでいます。

また、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おります。

つきましては、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。

ご不明な点等ございましたら、院内掲示をご覧くださいか窓口までお気軽にお尋ねください。

### 1. 呼出し・確認方法について

原則として、聞き違いを防ぐため姓名を用いて呼び出し確認を行っています。

姓名を用いた呼び出し・確認を希望されない方には、当クリニックのID番号でお呼びします。

姓名でのお呼び出しを希望されない方はお手数ですが受診の都度お申出ください。

### 2. 情報の更新について

正確かつ最新の状態に保つため保険証番号などを適宜確認させていただきます。

「当クリニックにおける個人情報保護のためのお願い」に同意いただけますか	はい	いいえ
本人確認・医療費請求のための保険証のコピーを取らせていただけますか	はい	いいえ

保護様 サイン

# 問診票

お名前（カナ）	男	女	年齢		体重
			歳	カ月	kg

本日はどうされましたか？

予防接種     乳児健診

発熱（いつから    月    日 AM/PM    時頃～    °C）その後の熱の経過をお書き下さい

咳    月    日～    ・乾いた・痰がからんだ・吐きそうな・ケンケン・ゼイゼイ  
時間帯：一日中・夜中    その他（    ）

鼻水・鼻づまり    月    日～    ・透明・色のついた

吐く    月    日～    ・    時頃～回数    /日  
最後に吐いた時間    日 AM/PM    時頃

下痢    月    日～    ・回数    /日  
便の性状（・軟便・どろどろ便・水便・白色便・血が混ざる）

便秘    月    日～    ・腹痛あり・食欲の有・無    ・普段の排便（    回/    日）

発疹    月    日～    ・ぶつぶつ・赤み・乾燥

部位 \_\_\_\_\_

痛み    月    日～    部位：頭・腹・のど・耳・その他 \_\_\_\_\_

その他    月    日～    \_\_\_\_\_

・食欲（いつも通り・少ない）

・水分（とれる・とれない）

・周囲に病気の方がいた：家族・友達    病名や症状

（    ）

・通園・通学している（はい・いいえ）

・現在流行している病気はありますか？（はい・いいえ）（    ）

・現在使っているお薬（飲み薬・塗り薬）はありますか？（ある・ない）

（    ）

☆他院で薬を処方されている場合、お薬手帳を一緒にお出し下さい。

◎アレルギーについて（あり・なし） 薬（    ）

食べ物（    ）

他（    ）

◎内服可能なお薬の形状（水剤・粉・錠剤）

◎今までにかかった病気はありますか？（    ）

