



初診時間診票①



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。

質問	マイナ保険証(マイナンバーカードを保険証として利用)による診療情報取得に同意されますか？		
	はい	・	いいえ
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭・平・令 年 月 日	年齢	歳 か月
住所	(〒 -)		
携帯	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> (その他) TEL () -		
ご自宅	TEL () -		

当クリニックの診療は、インターネット予約できますが、完全予約制ではございません。

ご予約の患者様優先で診療しておりますが、混雑時、救急患者様の対応等で、お呼び出しの順番が前後したり、予約時間通りに進まない場合があることをご了承ください。

問診②次の用紙記入へおすすめください✍

初診時間診票②

お名前	(年齢	歳	か月)
■現在の体重			
体重	kg	(乳児	g)
<input type="checkbox"/> わからない			
■紹介状(診療情報提供書)はありますか？			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
■今日はどうなさいましたか？			
<input type="checkbox"/> 発熱 (°C)	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 咳・たん	
<input type="checkbox"/> 鼻水・はなづまり	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 食欲不振
<input type="checkbox"/> 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ
<input type="checkbox"/> 皮膚科(湿疹等)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> むくみ	
■アレルギーはありますか？			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因:)			
■現在、治療中の病気・服用中のお薬はありますか？			
病気➡	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり (病名:)		
服用中の薬➡	<input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり (薬品名;)		
	<input type="checkbox"/> お薬手帳の持参 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
■～女性の方へ～ 妊娠の有無			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (妊娠 週)			
■その他、医師へ伝えたいことがありましたら記入してください。			

すべて記入が終わりましたら、受付までお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

宮里こどもクリニック