

こどもの問診票

次の質問に○印、あるいはご記入ください。

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 〒 _____ ご住所 _____

TEL (自宅) _____ (緊急連絡先) _____ (続柄: _____)

マイナ保険証を利用する方はを入れてください。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。

他の医療機関からの紹介状 無 ・ 有

今日は、どのような症状で来院されましたか。

(いつから)

(どのような症状)

- これまでに本院以外の脳神経外科を受診された事がありますか。
いいえ はい (_____ 年頃) (病名 _____)
- これまでに病気をされたことがありますか。
いいえ はい ぜんそく 花粉症 自家中毒 (周期性嘔吐症)
熱性けいれん 中耳炎 副鼻腔炎 (蓄膿症)
その他 (_____)
- 現在、他の病気で治療を受けられたり、薬を服用されていますか。
いいえ はい (薬をもらっている病院名: _____)
- アレルギー(薬・食品・その他)はありますか。
なし あり(_____)
- これまでに手術をされたことがありますか。
いいえ はい (_____ 年頃) (病名: _____)
- 現在の身長と体重はいくらですか? 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg
- 利き手はどちらですか。 右 左
- 乳児の場合は現在可能な移動手段を選択してください。
背這い 寝返り 座位移動 ずり這い 高這い 伝い歩き 独歩
- 頭痛で御相談の場合は以下の質問にもお答え下さい。
家族(特に母親)に頭痛持ちの人はいませんか いない いる
よくおなかをこわして下痢や嘔吐をしていませんか いいえ はい

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。