

ふりがな		生年月日 平成・令和 年 月 日 歳 ヶ月
患者氏名	男・女	携帯番号
自宅住所 〒 -		実家住所 〒 -
電話番号 ( )		電話番号 ( )

症状に○印をお願いします

発熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐 目やに おへそ 黄疽 おむつかぶれ 湿疹  
肌荒れ その他 ( )

-----



これまでの病気

ひきつけ・喘息発作・アトピー・RS ウイルス感染症・その他 ( )



アレルギーについて

飲み薬・注射で副作用がでたことがありますか？ (いいえ・はい・不明)

どんな薬でしたか？ ( )

食品のアレルギーはありますか？ (いいえ・はい・不明)

食品は何ですか？ ( )



生まれた時のこと (生後3ヶ月未満のお子様はご記入ください)

生まれた病院 (堀病院・その他の病院 )

生まれた時の体重 ( g)、生まれた週数 ( 週)

妊娠中に異常はありましたか？ (いいえ・はい )

生まれた後元気でしたか？ (はい・いいえ )

-----  
これをお書きになった方の続柄 (母・父・祖母・ )

御署名 \_\_\_\_\_

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診) 4点 マイナ保険利用時2点