堀病院　小児科　初診時アンケート　　カルテ No.＿＿＿＿＿＿＿＿

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

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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。

マイナ保険証の利用同意　　有　・　無