

初めて受診されるかたへ

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

20 年 月 日

フリガナ			生年月日
お名前	(氏)	(名)	平成・令和 年 月 日
			歳 か月
ご住所	〒 -		
連絡先	電話	携帯電話	

○個人情報保護のための当院におけるお願い○

当院では安心して医療を受けていただくために、個人情報の取扱いにも万全の体制で取り組んでいます。

当院では皆様の個人情報を下記等の目的で利用させていただくことがございますが、ご不明な点につきましては窓口までお気軽にお尋ねください。なお詳細につきましては院内掲示をご覧ください。

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、確認に同意できない場合には、当院のID番号を用いますので、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:皆様の個人情報について、正確かつ最新の状態に保つため、適時、本人確認のため当院ID番号・住所・氏名・保険証番号などを確認させていただきます。

○個人情報移管に関して○ ※松本こどもクリニックを受診されてたことのある方はお読みください。

当院は平成27年8月に松本こどもクリニックより法人譲渡されました。

以前のカルテなど皆様の個人情報を引き続き当院で、診療を安全かつ円滑に管理させていただきます。

「当院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
個人情報移管に対して同意いただけますか	はい	いいえ

保護者のサイン



問診票

お名前（カナ）	男 女	年齢	体重
		歳 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？（ ）

