

新患問診票

ながいこどもクリニック

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
お名前	男・女	(年齢	歳	ヶ月)
〒 (       -       ) 住所 :				
電話① (       -       ) 父・母・固定		電話② (       -       ) 父・母・固定		

以下は、分かる範囲でよいので、当てはまる項目に☑や○印、具体的な内容のご記入をお願いします。

・在胎 (       ) 週 (       ) 日 (       ) gにて出生	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 週数・体重不明だが問題なし
・出生時	<input type="checkbox"/> 特に異常なし	<input type="checkbox"/> 気になること有り (       )
・発育・発達	<input type="checkbox"/> 特に異常なし	<input type="checkbox"/> 気になること有り (       )
・今までの体調	<input type="checkbox"/> 特に異常なし	<input type="checkbox"/> 病名・入院・手術 (       )
・現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 病名・内服薬 (       )
・薬・食物等アレルギー	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (       )
・予防接種について	<input type="checkbox"/> 月齢・年齢相当のものはすべて接種済	<input type="checkbox"/> おおむね接種済だと思う
	<input type="checkbox"/> 未接種で気になるワクチンがある (       )	
・兄弟姉妹	① (       歳 男・女)	② (       歳 男・女)
	③ (       歳 男・女)	④ (       歳 男・女)
・家族の体調で気になること	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> あり (       )
・当院受診のきっかけ	<input type="checkbox"/> 近所	<input type="checkbox"/> 看板
	<input type="checkbox"/> ネット	<input type="checkbox"/> 知り合いのすすめ
	<input type="checkbox"/> その他 (       )	

※連携する調剤薬局に、今回記入の患者情報を共有してもよいですか。 (    許可    ・    不可    )