

はじめて来院された方へ

年 月 日

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に保管し、診療行為のみに使用いたします。

ふりがな		生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
お名前	(男 ・ 女)		
ご住所	〒 -	電話番号	自宅 () 携帯 - -

★ 該当の項目に○をつけてご回答ください

1. 本日はどうされましたか

発熱 ・ せき ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 発疹

他 (_____)

その症状は、いつからですか (_____)

2. 今までかかったことのある病気についてお伺いします

気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんま疹 ・ 食物アレルギー

熱性けいれん (ひきつけ) ・ 他 (_____)

3. 入院歴・手術歴についてお伺いします

なし ・ あり (病名: _____)

4. 出生時・発育のことについてお伺いします

・ 出生体重 (_____ g)

・ 今までに健診で何か指摘されたことはありますか (_____)

5. 今まで受けた予防接種は

ヒブ ・ 小児肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ 四種混合 ・ BCG

麻疹風疹 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎

6. 家族のことについてお伺いします

・ 兄弟/姉妹 はいますか 兄 (_____ 人) 弟 (_____ 人) 姉 (_____ 人) 妹 (_____ 人)

・ ご家族のなかでアレルギーや持病のある方はいますか

なし ・ あり (_____)

7. 集団生活についてお伺いします

どちらの学校/幼稚園/保育園に通っていますか

通っていない ・ (_____ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校)

8. お薬の希望についてお伺いします

粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤

9. 当院を知ったきっかけはなんですか

ネット検索 (ホームページ ・ 他) ・ 知人の紹介 ・ 近隣に住んでいる

他 (_____)

当院は診療情報を取得・活用することにより、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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。