

はじめてのかたに

小児用

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		男	生年 月日	平成 令和	年	月	日
		女					
住所	〒						
自宅 tel		携帯		職業			
身長	cm	体重	kg	体温			

1. いつからどのような症状がありますか？（簡単にお書きください）

2. 現在、治療や投薬を受けている病気はありますか？

いいえ ・ はい （病名 _____）

3. 今まで薬や注射でアレルギー（じんましんが出たり、気分が悪くなったり）が出たことがありますか？

いいえ ・ はい （薬・注射名 _____）

4. アレルギーにかかったことがありますか？

いいえ ・ はい 食物・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他（ _____ ）

5. 今までに接種した予防接種（○をつけてください）

ロタウイルス・B型肝炎・小児肺炎球菌・ヒブ・四種混合
五種混合・BCG・MR（麻疹・風疹混合ワクチン）・水痘・日本脳炎
二種混合・子宮頸がん・おたふく

6. 今までにかかった病気（○をつけてください）

百日咳・麻疹・みずぼうそう・おたふくかぜ・風疹・喘息
その他（ _____ ）

7. けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか？

いいえ ・ はい （ _____ ）

8. 出生時期・新生児期に何か異常がありましたか？

いいえ ・ はい （ _____ ）

9. 来院されたきっかけを教えてください。

ホームページ・ご家族が通院されている・看板
紹介（知人・病院： _____ ）・その他（ _____ ）

10. その他

希望事項（ _____ ）

マイナ保険証を利用されるかたへ

診療情報の取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。