

はじめて来院された方へ

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管理し、診察行為のみに使用いたします。

西暦 年 月 日

ふりがな		男・女	西暦 年 月 日生
お名前	様		被保険者(世帯主)との続柄
ご住所	〒		電話 自宅 () 携帯(緊急連絡先) ()

現在の体重 kg

1. 今日はどうされましたか。

いつから 月 日 AM・PM 時頃から

- ・発熱 ・せき ・鼻水 ・発疹 ・下痢 ・吐く
- ・その他()

2. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。

ない・ある()

3. 今飲んでいるくすりはありますか。

ない・ある()

4. 以下のアレルギーはありますか。

気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症

食物や薬剤のアレルギー(品名 症状)

5. どこかに通われていますか。(例:〇〇保育園等)

いいえ・はい()保育園・幼稚園・小学校・中学校

6. 今までに受けた予防接種を○で囲み、回数をご記入ください。

ロタ(回) B型肝炎(回) ヒブ(回) 肺炎球菌(回) 5種混合(回) 4種混合(回)
3種混合(回) BCG MR(回) みずぼうそう(回) おたふく(回) 日本脳炎(回)
子宮頸がん(回)

※ご不明な場合はわかる範囲で構いません。

7. 当院を知ったきっかけはなんですか。

・ネット()・知人から聞いた・看板・その他()

8. ご来院方法はなんですか。()

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



だいすけこどもクリニック