

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、診察行為のみにご使用いたします。

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	平成 年 月 日生 (歳)
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) ()

1. 今日どのようなことでこられましたか？

熱(度), せき, 鼻水, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない, 血便, 育児相談, その他
 ・その症状はいつから始まりましたか

2. 出生時のようすについて

出生時体重 (g), 分娩時・出生時の状態 (正常・異常)
 予定日より (日) →早かった, 遅かった, 予定通り

3. 今まで病気にかったことがありますか？

百日咳, はしか(麻疹), 水痘(みずぼうそう), ムンプス(おたふくかぜ), 風疹, 突発性発疹症, ひきつけ, その他

4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない, ある(その病名)

5. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG, ポリオ(1.2.3 回, 追加), 三種混合(1.2.3 回, 追加), 四種混合(1.2.3 回, 追加), 二種混合, B型肝炎(1.2.3 回), ロタウイルス(1.2.3 回), 小児肺炎球菌(1.2.3 回, 追加), ヒブ(1.2.3 回, 追加), MR(麻疹,風疹)(1.2 回), 日本脳炎(1.2 回, 追加, 2期), 水痘(みずぼうそう)(1.2 回), ムンプス(おたふくかぜ)(1.2 回), 子宮頸がんワクチン(1.2.3 回)

6. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく, アレルギー性鼻炎, アトピー性皮膚炎, じんましん, 食物アレルギー

7. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか → いる, いない, わからない
 大きな病気や慢性病にかかった方はいますか → いる, いない, わからない

8. 体質について

・食べ物, 薬, 注射等で発疹が出たことがありますか
 ない, ある()
 ・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーしやすい

9. どんなお乳で育てましたか → 母乳, 人工乳, 混合

10. 乳幼児の発育について

笑う(カ月), 首のすわり(カ月), お座り(カ月)
 歩きはじめ(カ月)

11. どちらの学校, 幼稚園, 保育園に通われていますか?()

12. 当院を知ったきっかけは何ですか？

ネット検索(ホームページ, その他のサイト), 知人の紹介, 買い物について
 近隣に住んでいる, 新聞の折り込み, その他()

13. 来院方法は何かですか？

徒歩, 自転車, 自家用車, バス, 電車, タクシー