

はじめて来院された方へ

西暦 年 月 日

本日の体温 _____℃ 体重 _____kg

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。

| | | | | | | |
|------|---|----|-------|---------------|-----|-----|
| ふりがな | | 男女 | 生年月日 | 平成・令和・西暦 | | |
| | | | | 年 | 月 | 日 |
| お名前 | | | | 被保険者（世帯主）との続柄 | | |
| ご住所 | 〒 | | 緊急連絡先 | ① | () | () |
| | | | | ② | () | () |

- 今日どのようなことで来られましたか？ 当てはまることに○をつけてください
発熱（ 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、成長の相談、その他（ ）、症状はいつから始まりましたか 年 月 日から
診断書など書類（ ）、健康診断
- 出生時のようすについて
出生体重（ g）、分娩・出生時の状態（正常・異常）、帝王切開（緊急・予定）、出生週数 週 日
- 今までにかかった病気はありますか？
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、熱性けいれん、ひきつけ、その他（ ）
- 今までに大きな病気や入院したことがありますか？ ない、ある（その病名 _____）
- 今までに受けた予防接種に○をつけてください
五種混合（1.2.3回、追加）、四種混合（1.2.3回、追加）、ヒブ（1.2.3回、追加）、小児肺炎球菌（1.2.3回、追加）B型肝炎（1.2.3回）、ロタウイルス（1.2.3回）、BCG、MR（麻疹、風疹）（1.2回）、水痘（みずぼうそう）（1.2回）ムンプス（おたふくかぜ）（1.2回）、日本脳炎（1.2回、追加、2期）、二種混合、新型コロナワクチン（ 回）子宮頸がんワクチン（1.2.3回）、ポリオ（1.2.3回、追加）、三種混合（1.2.3回、追加）、その他（ ）
- 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されものに○をつけてください
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
- アレルギー体質について 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（ ）
- どんなお乳で育てましたか？ 母乳、人工乳、混合
- 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）
- ご家族の方で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
- どちらの保育園、幼稚園、学校に通われていますか？（ ）
- 当院を知ったきっかけは何ですか？
ネット検索（ホムズ、その他のサイト： ）、知人の紹介、近隣に住んでいる、電柱看板、その他（ ）
- 来院方法は何ですか？ 徒歩、自転車、自家用車、バス、電車、タクシー
- マイナンバーカード（マイナ保険証）による診療情報取得について 同意する 同意しない

当院では、オンライン資格確認を実施しております。
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致します。