

診察券ID ふりがな 記入日 年 月 日  
お名前 (男・女)

生年月日  
西暦 年 月 日( 歳 ヲ月) 体重 Kg 来院時体温 °C

ご住所 〒  
お電話番号 - - 緊急連絡先(父・母)携帯 - -

1、今日は主にどのような症状(あるいは目的)で来院されましたか？症状に○をつけていつから始まったか、どんなことに困っていらっしゃるか教えてください  
 ・夜尿症 ・亀頭包皮炎 ・便秘  
 ・アレルギー相談 ・気管支喘息 ・花粉症 ・肌相談  
 ・起立性障害 ・発達相談 ・その他

2、集団生活、家族について教えてください  
 \*集団生活(あり・なし)  
 (幼・保・小)(園・学校名 )  
 \*兄弟(あり・なし)( 歳、 歳、 歳、 歳)

\*家族歴(親や兄弟で下記疾患、他疾患があった方)  
 [ 気管支喘息・熱性けいれん・他 ]

3、既往歴(生まれつきの病気、通院中の病気、入院、手術など)はありますか？  
 (はい・いいえ) [ 気管支喘息・熱性けいれん・てんかん・早産児・低出生体重児  
 アレルギー その他 ]

4、現在使用している薬はありますか？(はい・いいえ) お薬手帳 (あり・なし)  
 [ 薬名: ]

5、今まで使用した薬で副作用がでたことはありますか？  
 (はい・いいえ) [ 薬名: 症状: ]

6、今まで接種したワクチンに○をつけてください \*全く覚えていない  
 [ ロタ・ヒブ(初回・追加)・小児用肺炎球菌(初回・追加)・BCG・B型肝炎(初回・追加)  
 四種混合(初回・追加)・二種混合・麻疹風疹(1歳・年長)子宮頸癌(1・2・3回目)  
 水ぼうそう(1・2回目)・おたふく(1・2回目)・日本脳炎(Ⅰ期初回・追加・Ⅱ期)  
 その他( ) ]

7、周囲にタバコ吸う人がいますか？(いる・いない)(誰: )  
 [ 紙巻きタバコ・加熱式タバコ・電子タバコ ]

8、マイナ保険証による診療情報取得に同意 (する・しない)  
 \*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています  
 そのため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します