

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 ヶ月) 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