

診察券ID ふいかな
お名前

記入日 年 月 日
(男・女)

生年月日

西暦 年 月 日(歳 ヶ月) 体重 Kg 来院時体温 ℃

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のか教えてください。

- ・発熱 (月 日から)、最高(℃)
- ・咳 (月 日から)(湿性、ケンケン) ・嘔吐(月 日から)
- ・たん(月 日から)(黄、緑、粘調痰) ・下痢 (月 日から)
- ・鼻みず (月 日から) ・血便 (月 日から)
- ・呼吸が苦しい(月 日から) ・腹痛 (月 日から)
- ・のどの痛み (月 日から) ・水分とれない (月 日から)
- ・頭痛 (月 日から) ・尿でてない (月 日 時から)
- ・発疹 (月 日から) ・その他 [

2、家族・園・学校に具合の悪い方がいたり、流行している疾患がありますか?(はい・いいえ)

* 集団生活(あり・なし) * 兄弟(あり・なし)
(幼・保・小)(園・学校名) (歳、 歳、 歳、 歳)

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