

患者 ID: _____

初診時間診票

体温: _____ °C

※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いたします。

四角の中だけ記入してください。

ふりがな

1. お名前 _____ 男・女

2. 生年月日 S・H・R _____, _____, _____ (_____ 歳 _____ か月)

3. 住所 (〒 _____ - _____)

4. 電話番号 ①: _____ 続柄 (_____)

②: _____ 続柄 (_____) ※2 か所にご記入ください。(必須)

ご実家 (里帰り中の方): _____

5. 通っている幼稚園・保育園・学校名:

6. マイナ保険証による診療情報取得に同意 _____ する・しない・持っていない

7. 他の医療機関からの紹介状 _____ なし・あり

8. 出生時のことについておたずねします。

在胎週数: _____ 週 _____ 日 出生時体重: _____ g

正常分娩 _____ 帝王切開 _____ 仮死: あり・なし _____ 黄疸: あり・なし

9. ご家族についておたずねします。

年齢: 父 _____ 歳 持病: なし・あり (_____)

母 _____ 歳 持病: なし・あり (_____)

兄弟・姉妹の有無 _____ なし (本人のみ)

_____ あり (兄: _____ 歳 姉: _____ 歳 弟: _____ 歳 妹: _____ 歳)

10. いままでにした予防接種に○をお願いします。

ヒブ、肺炎球菌、ロタウイルス、三種混合、四種混合、ポリオ、BCG、麻しん・風しん (MR)、日本脳炎、二種混合、おたふくかせ、みずぼうそう、子宮頸がん、インフルエンザ、B型肝炎、新型コロナ (_____) 回終了

11. かかったことのある病気などに○をお願いします。

はしか (麻疹)、風疹、おたふくかせ、みずぼうそう、突発性発疹、けいれん、喘息、肺炎、アトピー性皮膚炎、新型コロナ (最終罹患日 _____)、その他 (_____)

12. アレルギーはありますか。(薬剤、食べ物など) _____ わからない・なし・あり (_____)

13. 当院以外に通われている病院はありますか。 _____ なし・あり (_____)

14. 現在飲んでいるお薬はありますか。 _____ なし・あり (_____)

※お薬手帳持参の場合は一緒にお出してください。

15. 発達についておたずねします。

特に異常はないと思う。 _____ 遅めであると思う。 (_____)

16. 今ある症状に○をつけて、経過をお書きください。

発熱 _____ 咳 _____ ぜいぜい _____ 鼻水 _____ 咽頭痛 _____ 頭痛 _____ 腹痛 _____ おう吐 _____ 吐き気 _____ 下痢 _____

便秘 _____ 発疹 _____ 乳児湿疹 _____ おしりかぶれ _____ 虫さされ _____ めやに _____

経過: _____

17. 吸入器: 持っている・持っていない _____ 解熱剤: あり・なし (希望するお薬の種類: 座薬・粉・錠剤)