



年 月 日

小児科外来受診の方へ

(※ご記入後、小児科外来の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

氏 名

診察券番号

緊急連絡先

男 / 女

年齢

歳

月 / 身長

c m

/ 体重

k g

■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

- 発熱 _____月 _____日より _____℃ 咳 _____月 _____日より
鼻水 _____月 _____日より 発疹 _____月 _____日より
下痢 _____月 _____日より _____回 嘔吐 _____月 _____日より _____回
腹痛 頭痛
その他の症状および心配なことなど

■今までかかった病気のことなどをお知らせ下さい。

- はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 ぜんそく 熱性けいれん
その他 _____

- 薬のアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)
 食べ物のアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

■次の予防接種はすんでいますか？

- はしか・風疹 (MR) BCG ポリオ 三種混合あるいは四種混合 おたふくかぜ
水ぼうそう 肺炎球菌 (プレバナー) インフルエンザ菌 (Hib) ロタウイルス

■家族構成をお知らせ下さい。また現在病気の方、あるいは次のような方がいらしたらお書き下さい。

- 父 母 兄 姉 弟 妹 その他 (_____ 人家族)

病気療養中の方 _____

アレルギー性疾患の方： _____ ぜんそくの方： _____

熱性けいれんの方： _____ 神経疾患 (てんかんなど) の方： _____

■現在、飲んでる薬はありますか？

なし・あり (薬品名： _____)

 ■他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

■赤ちゃんの頃のことをおたずねします。

①お子さんを妊娠中のお母様の健康状態はいかがでしたか

異常なし 問題があった _____

②お子さんを分娩されたときの様子について

在胎週数 _____ 週、 出生時体重 _____ グラム

 仮死 (あり なし) 黄疸 (強 中 弱 なし)

③くびがすわったのは _____ ヶ月ごろ

おすわりができるようになったのは _____ ヶ月ごろ

ひとりで歩けるようになったのは _____ ヶ月ごろ

お話ができるようになったのは _____ ヶ月ごろ

 ■マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない

 ■過去 1 年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明

※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します。