

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみにご使用いたします。

年 月 日

ふりがな		男・女	年 月 日生 (歳)
お名前	様		被保険者(世帯主)との続柄
ご住所	〒		電話 自宅 () 携帯(緊急連絡先) ()

1. 今日どのようなことでられましたか?

熱(度), せき, 鼻水, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない,

血便, 育児相談, その他 _____

・その症状はいつから始まりましたか _____

2. 出生時のようすについて

出生時体重 (g), 分娩時・出生時の状態 (正常・異常)

予定日より (日) →早かった, 遅かった, 予定通り

3. 今まで病気にかったことがありますか?

百日咳, はしか(麻疹), 水痘(みずぼうそう), ムンプス(おたふくかぜ), 風疹,

突発性発疹症, ひきつけ, その他 _____

4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか?

ない, ある(その病名 _____)

5. 今までに受けた予防接種はありますか?

ヒブ(1.2.3回, 追加), 小児肺炎球菌(1.2.3回, 追加), B型肝炎(1.2.3回), □タウウイルス(1.2.3回), 四種混合(1.2.3回, 追加), BCG, MR(麻疹,風疹)(1.2回), 水痘(みずぼうそう)(1.2回), ムンプス(おたふくかぜ)(1.2回), 日本脳炎(1.2回, 追加, 2期), 二種混合, 子宮頸がんワクチン(1.2.3回) 不活化ポリオ(1.2.3回, 追加), 三種混合(1.2.3回, 追加), インフルエンザ

6. 体質について

・食べ物, 薬, 注射等で発疹が出たことがありますか

ない, ある(_____)

・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーしやすい

7. 乳幼児の発育について

笑う(カ月), 首のすわり(カ月), お座り(カ月)

歩きはじめ(カ月)

8. どちらの学校, 幼稚園, 保育園に通われていますか?(_____)

9. 当院を知ったきっかけは何ですか?

ネット検索(ホームページ, その他のサイト _____), 知人の紹介, 買い物のついで

近隣に住んでいる, その他(_____)

10. 来院方法は何ですか?

徒歩, 自転車, 自家用車, バス, 電車, タクシー

おかもとこどもクリニック