

# ～初めて当院で診察を受ける方～

保険証確認

仮 ID をお持ちの方は↓記入ください

仮 ID \_\_\_\_\_

※小児の方のみ 体重

体温

ふりがな	来院日	年	月	日
氏名 _____	性別	(男)	(女)	
生年月日	西暦	年	月	日 (才ヶ月)
〒	住所 _____			
電話番号	( )	携帯電話番号	_____	

①本日はいかがなさいましたか。お困りの症状に✓や○をつけ、日付をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 発熱 ( ) 時頃 ( ) °C 月 日～	<input type="checkbox"/> 吐き気 月 日～
<input type="checkbox"/> セキ・ゼイゼイ・息苦しい 月 日～	<input type="checkbox"/> 嘔吐 1日 ( ) 回 月 日～
<input type="checkbox"/> 鼻汁 (黄色・透明) 月 日～	<input type="checkbox"/> 下痢 1日 ( ) 回 月 日～
<input type="checkbox"/> たん (黄色・透明) 月 日～	<input type="checkbox"/> 腹痛 月 日～
<input type="checkbox"/> のどの痛み 月 日～	<input type="checkbox"/> 頭痛 月 日～
<input type="checkbox"/> 水分 とれている ・ とれていない	<input type="checkbox"/> 食欲 あり ・ なし
体にブツブツはありますか? はい ・ いいえ	
耳下腺が腫れていますか? はい ・ いいえ	
その他	

②下記の質問にお答えください。

薬や食べ物のアレルギーはありますか?	いいえ はい→(薬剤名: ) (食品名: )
上記の薬や食べ物によるアナフィラキシーの既往はありますか?	いいえ はい→(じんま疹・吐き気・下痢・腹痛・呼吸困難 意識低下・血圧低下・その他: )
上記アナフィラキシーにより救急搬送されましたか?	いいえ ・ はい→(入院 ・ 外来)
現在、治療中の病気や服用中の薬はありますか?	いいえ はい→(病名: ) (薬剤名: ) お薬手帳があれば、お見せ下さい
今まで入院や長期の通院をされたことはありますか?	いいえ はい→(いつ頃: ) 歳の時 (病院名: ) (病名: )

裏面のご記入もお願い致します。

③小児の方のみ、下記の質問にお答えください。

成人の方は、④へお進みください。

出生時の体重は？	( ) グラム
分娩時・新生児期に何か問題はありましたか？	いいえ はい→(早産・仮死・強い黄疸・感染症) (その他: )
ご両親の年齢は？	父( )歳、母( )歳
兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？	いいえ はい→( )人兄弟(姉妹)の( )番目) 兄弟姉妹の性別・年齢 (男・女( )歳)(男・女( )歳) (男・女( )歳)(男・女( )歳)
※未就学のお子様のみお答えください。 平日の保育は主にどなたがなさいますか？	父・母・祖父母・保育園・幼稚園 (その他: )
薬はどの種類が飲めますか？ ご希望がある方は○をお付け下さい。	粉・錠剤・カプセル シロップ(お時間かかります)・全て
今までにかかった病気に○をつけて下さい。	突発性発疹( )歳・麻疹( )歳 風疹( )歳・水ぼうそう( )歳 おたふくかぜ( )歳 気管支喘息( )歳から) 熱性けいれん( )回・中耳炎( )回)

④成人の方のみ、下記の質問にお答えください。

タバコは吸いますか？	いいえ はい→( )本/日)
右記のお薬のご希望がある方は○をお付け下さい。	トローチ・うがい薬・漢方薬 その他:
※女性の方のみお答えください。 妊娠していますか？ 授乳中ですか？	いいえ・わからない・はい いいえ・はい

⑤注意事項

- ・小児(10才未満)の方は、日曜日の処方は2日分となります。
- ・時間予約の方を優先的に診察致します。時間指定なしの方、予約なしの方は、診察の進行状況により待ち時間が長くなる場合があります。予めご了承ください。
- ・中学生以下の保護者不在の受診は、お断りしております。

上記事項確認しました \_\_\_\_\_ サイン

ご協力ありがとうございました。

丸岡内科小児科クリニック