

小児科診察申込書

ふりがな

お名前 _____ 男・女 来院時体温 (_____ °C)

生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 _____ ヶ月

住所 〒 _____

電話番号 携帯: _____ 自宅 _____

※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つとめております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

☆マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ (はい いいえ)

☆本日受診された症状について教えてください。

【 _____ 】

☆その症状はいつ頃から出て、どのように経過しましたか？

【 _____ 】

☆生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気) にかかれた事がありますか？ (はい いいえ)

病名 【 _____ 】

☆受けられた予防接種を○で囲んでください

肺炎球菌・Hib・4種 (DPT-IPV)・B型肝炎・ロタ・BCG・MR (麻しん・風疹
水痘・おたふくかぜ・日本脳炎・インフルエンザ・コロナ・その他

☆出生時体重 (_____ g) 現在の体重 (_____ kg)

☆分娩時、出生後に異常はありましたか？ (はい いいえ)

内容 【 _____ 】

☆乳児健診で経過観察と言われた事がありますか？ (はい いいえ)

内容 【 _____ 】

☆現在、他の医療機関に通院されていますか？ (はい いいえ)

内容 【 _____ 】

☆現在、他の医療機関から処方されている薬はありますか？ (はい いいえ)

薬の名前は 【 _____ 】

☆これまで薬や食品でアレルギーを起こした事がありますか？ (はい いいえ)

内容 【 _____ 】

★ご協力有り難うございました★