

☆初診時間診票 (小児科用) ☆

フリガナ

氏名 : _____ (男 ・ 女)

生年月日 : 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ 月

住所 : 〒 _____ - _____

電話番号 : _____ - _____ 体重 : _____ Kg

1. 今日どのような事で、おいでになられましたか？

熱 (いつ頃からですか？ _____ 前頃から _____ °C)

喉が痛い・咳 (乾いた咳 / 痰が絡む咳) ・鼻水・頭痛・腹痛・胃痛・吐き気
嘔吐・発疹・ひきつけ・元気がない・機嫌が悪い・予防接種

その他 (_____) いつ頃からですか？ (_____ 前頃から)

2. 他院からの紹介状はありますか？ はい ・ いいえ

3. 今までに入院をするような大きな病気にかかったことがありますか？

はい (病名 : _____) いいえ

4. 今までに下記の病気にかかったことはありますか？

百日咳・麻しん (はしか) ・風しん・水痘 (水ぼうそう) ・突発性発疹・ひきつけ
おたふくかぜ (流行性耳下腺炎) ・その他 (_____)

5. 今までに受けた予防接種はありますか？

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・二種 / 三種 / 四種混合・BCG・ポリオ・日本脳炎
MR (麻しん / 風しん) ・水痘 (水ぼうそう) ・おたふくかぜ・その他 (_____)

6. 現在治療中の病気がありますか？ はい (病名 : _____) いいえ

7. 現在内服しているお薬はありますか？ はい (薬 : _____) いいえ

8. 今までに下記のアレルギー疾患を指摘されたことがありますか？

気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましん・食物アレルギー

9. ご家族の方にアレルギー体質の方はいますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

10. 薬を飲んだり注射の後に気分が悪くなったり、身体に発疹が出たことがありますか？

はい (具体的に : _____) いいえ

11. このクリニックを何で知りましたか？

新聞広告・電柱広告・バス放送・インターネット・家族または知人から
近所に居住・その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。 新保クリニック