

# 初めて・久しぶりに受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	年 月 日
名前	女	( 歳 ヶ月)	
		体重	Kg
住所 〒			
電話番号 ( ) -		携帯電話番号 ( ) -	
携帯メールアドレス (さしつかえなかったら)			
家庭環境などについて		お子さんは( )人兄弟の( )番目 現在( )保育所・幼稚園・学校に通っている	

本日はどのような症状で来院されましたか

発熱 鼻水 咳 のどの痛み 頭痛 嘔気 嘔吐 腹痛 発疹  
その他 ( )

その症状はいつ頃からですか 年 月 日頃から

ご家族で同様の症状の方はおられますか

はい(誰が: )どのような: ) いいえ

現在他の病院で治療を受けている病気はありますか

はい(病名: ) いいえ

現在何か薬を飲んでいますか

はい ( ) いいえ

※もしくは、お薬手帳をお出してください

これまでに大きな病気にかかりましたか

今までにかかった病気があれば○をつけてください

はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 ひきつけ 喘息 中耳炎 鼻炎  
突発性発疹 アトピー性皮膚炎

これまでに受けた予防接種に○をつけてください

BCG 三種混合(I期1・2・3 I期追加) 二種混合 風疹麻疹混合(MR)(I期・II期)  
はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 ポリオ(1・2) B型肝炎 RSウイルス  
Hib 肺炎球菌 その他 ( )

健診などで異常を指摘されたことがありますか

はい ( ) いいえ

何かアレルギーがありますか

はい ( ) いいえ

これまでに飲み薬や注射薬で調子が悪くなったことがありますか

はい(薬品名: )症状: ) いいえ

その他気になること、聞きたいこと、伝えておきたいことがあればお書きください。

(例:薬がうまく飲めない など)

\*この個人情報は当院の診療以外には使用しません



はら小児科