

# はじめて来院されたお子さまへ

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

記入日 年 月 日

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID \_\_\_\_\_ ご記入者の続柄 父 ・ 母 ・ その他 ( )

ふりがな		男	平	年	月	日生
お名前	様	女	歳			
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

1. 出生時の体重 \_\_\_\_\_ g 出生時に異常がありましたか？ ( はい ・ いいえ )
2. 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
3. 本日はどのような症状で来院されましたか？ ( 今日から ・ 日前から )  
発熱 咳 鼻水 発疹・湿疹 のどの痛み 頭痛 腹痛 耳痛  
嘔吐 ( 回/日 ) 下痢 ( 回/日 ) その他 ( )
4. 薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ ) お薬手帳 ( あり ・ なし )
5. 今までかかったことのある病気に○をつけてください。  
・喘息 ・熱性けいれん ・その他 ( )
6. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？  
なし ・ あり 薬 ( ) 食べ物 ( ) その他 ( )
7. 保育場所はどこですか？ 自宅 ・ ( ) 保育園・幼稚園・( ) 小・中・高
8. 薬について希望はありますか？ ( シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 )
9. 当院では、低身長・夜尿症の治療も行っていますが、これらの相談を希望されますか？  
( はい ・ いいえ )
10. 予防接種を受けているものに○をつけてください  
ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス 四種混合 BCG  
麻疹風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 二種混合
11. 当院をどこでお知りになりましたか？  
( 看板 ・ 知人 ・ インターネット ・ 通りがかり ・ その他 )

\*その他 \_\_\_\_\_

医師のご希望がございましたら、受付にてお申し付けください。

ご記入ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

もろの木こどもクリニック 院長