

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 令和 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 女	平・令	年	月	日生
お名前	様					
ご住所	〒		自宅電話			
			携帯電話			

身長_____cm 体重_____kg 体温_____℃

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい ・ いいえ)
2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ (はい ・ いいえ)
3. 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)
4. 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)
5. 本日はどのような症状で来院されましたか？ いつから？→ ()
発熱 咳 鼻水 発疹・湿疹 のどの痛み 頭痛 腹痛 嘔吐 回/日
下痢 回/日 その他 ()
6. 薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ) お薬手帳 (あり ・ なし)
7. 今まで大きなに病気にかかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)
はいの方は病名・時期を記入→ ()
8. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
はいの方は原因・症状を記入→ ()
9. 保育場所はどこですか？ 自宅 ・ () 保育園・幼稚園・() 小・中・高
10. 薬について希望はありますか？ (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)
11. 当院では、低身長・夜尿症の治療も行っています。
これらの相談を希望されますか？ (はい ・ いいえ)
12. 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_____

当院は診療情報を習得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を習得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

もろの木こどもクリニック 院長