

はじめて来院された方へ
ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用します。

来院日 令和 年 月 日
さくら小児科・内科クリニック

| | | | | |
|---------------------------|-------------|----------------|-------|------|
| フリガナ | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 |
| お名前 | | 大正・昭和 平成・令和 | | 歳 か月 |
| ご住所 〒 | 電話番号 | | | |
| | 携帯番号 | | | |
| 体重 kg 体温(平熱) °C | | | | |
| アレルギー: 食べ物() 薬() その他() | | | | |

(1) 今日はどうなされましたか? (○で囲んでください)

発熱:最高 °C、せき:痰がらみ あり・なし、鼻水:色は 透明・白色・黄色、鼻づまり

頭痛、腹痛:嘔吐 回・下痢 回、発疹:場所 ・かゆみ

※上記の症状はいつからですか? ()

その他:具体的にございましたらご記入ください (例)ワクチンのご相談など

(2) 現在、他院で治療中の病気、処方薬がございましたらご記入ください

(3) 予防接種歴～これまでに終了した予防接種に○で囲んでください

- ①Hib(ヒブ) 1回 2回 3回 追加 ②肺炎球菌 1回 2回 3回 4回 ③BCG
④三種混合または四種混合 1-1・1-2・1-3・1期追加
⑤ポリオ(生)1回 2回 不活化)1回 2回 3回 4回
⑥麻疹風疹混合(MR) 1期(1歳) 2期(年長) 3期(中学1年) 4期(高校3年)
⑦日本脳炎 1-1・1-2・1期追加・2期
⑧水痘(水ぼうそう) ⑨流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ⑩B型肝炎 ⑪ロタウイルス



(4) 今までに診断された事のある病気がございましたら記入ください。

(5) 現在の所属するところがございましたら、○をつけてください。

保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学・職場
また、そこで流行している感染症があればご記入ください。例)インフルエンザ



(6) ご自宅に同じ症状の方はいらっしゃいますか? なし・あり()

(7) ご自宅に喫煙されている方はいらっしゃいますか? なし・あり()

(8) ご自宅にペット飼育されていらっしゃいますか? なし・あり()

(9) 最近、外国に行かれましたか? また外国に行っていた方との接触はございますか? なし・あり

(10) 医療費明細書は必要ですか? 希望する・希望しない

(11) その他、医師につたえておきたいことがございましたら、ご記入ください

※ 当院を何でお知りになりましたか? レ点をお付けください

- 家族が受診している インターネット 通り道 他院からの紹介
 知り合いからの紹介 ちらし・看板 タウンページ その他

