

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)	℃	
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 ℃、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 ⑫新型コロナウイルス(1回目 / 2回目 /)



(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