

はじめて来院された方へ

【下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。】

令和 年 月 日

ふりがな				男	大・昭・平・令 年 月 日生		
お名前				女	被保険者(世帯主)との続柄		
ご住所	〒				電話	自宅 () 携帯(緊急連絡先) ()	

1. 今日はどのようなことでされましたか？

熱 () 度, せき, 鼻水, 鼻づまり, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない, 血便, その他

・その症状はいつから始まりましたか

2. 出生時のようすについて

出生時体重 (g), 分娩時・出生時の状態 (正常・異常)

予定日より (日) → 早かった, 遅かった, 予定日通り

3. 今まで下記の病気にかかったことがありますか？

百日咳, はしか (麻疹), みずぼうそう (水痘), おたふくかぜ (流行性耳下腺炎), 風疹, 突発性発疹症, ひきつけ, その他

4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない, ある (その病名:)

5. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG, ポリオ, 三種混合, 四種混合, 五種混合, B型肝炎, ロタウイルス, 小児肺炎球菌, ヒブ, 日本脳炎 MR (麻疹, 風疹), みずぼうそう (水痘), おたふく, 二種混合, 子宮頸がん, その他

6. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく, アレルギー性鼻炎 (花粉症も含む), アトピー性皮膚炎, じんましん, 食物アレルギー, アナフィラキシー, アナフィラキシーショック (原因:)

7. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか → いる, いない, わからない

大きな病気や慢性病にかかった方はいますか → いる, いない, わからない

8. 体質について

・食べ物, 薬, 注射等で発疹が出たことがありますか

ない, ある (品名:)

・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーいいやすい

9. どんなお乳で育てましたか → 母乳, 人工乳, 混合

10. 乳幼児の発育について

笑う (カ月), 首のすわり (カ月), お座り (カ月)

歩きはじめ (カ月)

当院は診療情報を取得・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。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

いしがき医院