初　診　予　診　票

記入年月日	年　月　日	生年月日	年　月　日		
ふりがな 名前		年齢	才　ヶ月	性別	男・女
ふりがな 住所	〒	電話番号			

体重	成人の方は記入不要 kg	体温	℃

1．このクリニックに兄弟や家族がかかったことがありますか
　　ない　・　ある（その方のお名前　　）

2．今日はどうなさいましたか
　　発熱　せき　鼻水　鼻がつまる　ぜーぜーする（息苦しい）　のどが痛い
　　吐く　気持ちが悪い　下痢　お腹が痛い　頭が痛い　発疹
　　その他（　　）

3．その症状はいつからですか

4．いままでに何か大きな病気にかかったことはありますか
　　ない　・　ある（その病気　　）

5．他の医療機関で診療をうけていますか
　　いいえ　・　はい　（その病気　　）
　　（医療機関名　　）

6．今お薬を飲んでいたり、つい最近まで飲んでいたりしましたか（塗り薬も含む）
　　いいえ　・　はい（その薬の名前はわかりますか　　）
　　お薬手帳があれば薬の名前は記入不要です

7．薬を飲んでじんましんなど出たことがありますか
　　ない　・　ある（その薬の名前はわかりますか　　）

8．アレルギーは何かありますか
　　ない　・　ある（　　）

9．今まで受けた予防接種がおわかりになれば　○　をおつけください（母子手帳を受付に提出していたら記入不要です）
　　BCG　四種混合　５種混合　二種混合　ヒブワクチン　肺炎球菌　麻しん風しん混合（MR）
　　水ぼうそう　おたふく　ロタウイルス　B型肝炎　日本脳炎　HPV（子宮頸がん）　その他

１０．その他、何かありましたらお書きください

当院は診療情報を取得・活用することにより、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します。

山森小児科