

# 初診時間診票

# さの小児科医院

初めての方は、この用紙に記入し、保険証を一緒に受付にお出し下さい

|            |     |        |                  |
|------------|-----|--------|------------------|
| 住所         | 〒 - | 電話(自宅) | 電話(携帯)           |
| ふりがな<br>名前 |     | 男<br>女 | 生年月日<br>平成 年 月 日 |

## ①受診するきっかけになった症状について教えてください

いつ頃から

症状 発熱(最高 °C) のどが痛い 咳 痰 鼻水 ゼイゼイ

下痢 腹痛 吐き気 嘔吐 発疹 湿疹 頭痛

その他 ( )

現在、内服中の薬

## ②予防接種で終了したものに○をつけてください

BCG 三種混合(1・2・3回目・追加) 四種混合(1・2・3回目・追加)

肺炎球菌(1・2・3回目・追加) ヒブ(1・2・3回目・追加)

経口ポリオ(1・2回目) 不活化ポリオ(1・2・3回目・追加)

MR(1・2・3・4期) 麻疹 風疹 日本脳炎(1・2回目・追加・2期)

2種混合 みずぼうそう(水痘) おたふくかぜ(ムンプス)

子宮頸がん(1・2・3回目) ロタウイルスワクチン(1・2回目)

その他

## ③今までにかかったことのある病気について教えてください

熱性痙攣 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 川崎病 てんかん

その他の大きな病気・手術歴: ( )

## ④アレルギーについて教えてください

食べ物・薬品のアレルギー(副作用): なし あり( )

## ⑤診察前に診察前に 医師、看護師に伝えたいことがあればご記入ください

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| 記入された方 : 母 父 ・( ) | 記入日 : 平成 年 月 日 |
|-------------------|----------------|

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

※ご記入いただきました個人情報、診療に関する範囲を超えて利用することはありません。