

# はじめて来院された方へ

現在の 体温: \_\_\_\_\_ 度  
体重: \_\_\_\_\_ kg

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。  
尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみにご使用いたします。

年 月 日

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

## 1. 今日はどうなことでこられましたか?

熱( \_\_\_\_\_ 度), せき, 鼻水, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない, 血便, 育児相談, 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, 予定通り

## 3. 今まで病気にかったことがありますか?

百日咳, はしか(麻疹), 水痘(みずぼうそう), ムンプス(おたふくかぜ), 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?

ヒブ(1.2.3回, 追加), 小児肺炎球菌(1.2.3回, 追加), B型肝炎(1.2.3回), ロタウイルス(1.2.3回), 四種混合(1.2.3回, 追加), BCG, MR(麻疹,風疹)(1.2回), 水痘(みずぼうそう)(1.2回), ムンプス(おたふくかぜ)(1.2回), 日本脳炎(1.2回, 追加, 2期), 二種混合, 子宮頸がんワクチン(1.2.3回) 不活化ポリオ(1.2.3回, 追加), 三種混合(1.2.3回, 追加), インフルエンザ

## 6. 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( \_\_\_\_\_ )  
・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーしやすい

## 7. 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)

## 8. どちらの学校, 幼稚園, 保育園に通われていますか?( \_\_\_\_\_ )

## 9. 当院を知ったきっかけは何ですか?

ネット検索(ホームページ, その他のサイト \_\_\_\_\_ ), 知人の紹介, 買い物について  
近隣に住んでいる, その他( \_\_\_\_\_ )

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。

同意する            はい            いいえ