

# はじめて来院された方へ

日本語が話せる ・ 話せない

ふりがな				男 Male ・ 女 Female	
受診する方のお名前 Child's Name					
愛称 Nick name	生年月日 Birth date 年 月 日	体重 g / kg	年齢 Age 才 ヶ月		
自宅住所 Address 〒			電話 Phone 携帯 ・ 固定		
			【父・母・その他( )】		
(帰省されているかたはご実家の連絡先もご記入ください) 帰省先住所			帰省先住		
当院を受診したことがあるご家族がいたらおしえてください お名前( )					

## 今日どのようなことで来院されましたか？

- ・予防接種Vaccination ・ 健診health checkup
  - ・発熱fever(今日の熱 °C) ・頭痛headache ・せきcough ・鼻水runny nose ・のどが痛いsore throat
  - ・吐き気nausea ・おう吐vomiting ・おなかが痛いabdominal pain ・下痢diarrhea
  - ・その他others( )
- 上記の症状はいつからですか？How long ( )
- 上記の症状で、受診・処方を受けたことはありますか？ ない ・ ある (←お薬手帳をご準備ください)
- 同じ症状のご家族はいますか？ いない ・ いる (どなたですか？ )
- 他の医療機関からの紹介状はありますか？ ない ・ ある (←受付へ提出ください)

## 出生についておうかがいします

- ・出生した病院をおしえてください ( )
- ・在胎週数 ( )週 ・出生体重 ( )グラム
- ・出生時の異常はありましたか？ なし ・ あり ( )

## 今までに けいれんをおこしたことはありますか？

なし ・ あり 熱性けいれん ( )回 無熱性けいれん ( )回

## アレルギーについておうかがいします

- ・今まで食べ物や薬・注射などで発疹がでたことがありますか？  
ない ・ ある (品名 )
- ・今まで指摘されたことがある疾患はありますか？  
気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー (食品名 )
- ・ご家族の方にアレルギー体質(喘息・食物アレルギー・花粉症)の方はいますか？  
わからない ・ いない ・ いる

※継続的に使用しているお薬がある方は、お薬手帳をご準備ください

## マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ

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・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。  
医療情報取得加算(初診時…月に1回) (再診時…3月に1回)  
加算1:3点 加算3:2点  
加算2:1点…マイナ保険証を利用した場合 加算4:1点…マイナ保険証を利用した場合