

初診時間診票

さの小児科医院

初めてのの方は、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		男	生年月日
名前		女	平成・令和 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 : 令和 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ございません。