

医療法人 長井小児科医院 初診時間診票	
記入日 年 月 日 ※マイナ保険証による診療情報取得について <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません	
お名前 (ふりがな)	電話番号
	☎
生年月日 年 月 日 ( )歳 性別 男・女	
住所 (郵便番号 )	緊急時の連絡先
	☎
	☎
★通園・通学先名をお教え下さい ( ) *行かれていない方は記入されなくて結構です	
★出産の際、何か異常がありましたか?	無・有 ( )
★生まれつきの病気はありますか?	無・有 ( )
★栄養法 (現在授乳中の方)	母乳・混合・人工
★今までかかった事がある病気に○をつけてください。	
突発性発疹・麻疹・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ・喘息・気管支炎・インフルエンザ	
じんましん・肺炎・中耳炎・その他 ( )	
ひきつけ (けいれん) 無・有 (最後に起こしたのはいつですか? 年 月 頃・ 歳頃)	
★入院歴 無・有 (いつ頃 年 月 頃・ 歳頃) (病名 )	
★おくすりや食物のアレルギーはありますか? 無・有 ( )	
★ご家族の方でアレルギー性の病気 (喘息・鼻炎・アトピー性皮膚炎など) があるといわれた方はありますか?	
いいえ・はい (はいの方は分かる範囲でお書き下さい) どなたが ( ) 病名 ( )	
★今までに受けた予防接種 (わかる範囲で結構です) ※年齢相当のすべての接種が済んでいる方はこちらにチェック	
ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチン・B型肝炎・四種混合 (1期初回・1期追加)・BCG・ロタウイルス・ポリオ・三種混合	
麻疹風しん混合 (MR)・麻疹・風しん・日本脳炎・水ぼうそう・おたふくかぜ・子宮頸がん予防・その他 ( )	
★今現在、他院に通院中の場合は教えてください。医療機関名 ( ) 最終受診日 ( )	
★今現在、飲んでいるお薬があれば教えてください。薬剤名 ( )	
★お薬の希望 水薬・粉薬・錠剤・その他 ( )	
★現在の症状を○で囲んでください。	
熱 ( °C) はなみず はなづまり せき たん ぜーぜー げり 嘔吐 おなかのいたみ のどのいたみ あたまのいたみ	
おたふくかぜの疑い 水ぼうそうの疑い その他の症状 ( )	
★体重	k g
★心配なこと・聞きたいことがありましたら、ご記入下さい。	
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。	