当院で初めて受診される方へ【小児用】

No.

平成　　年　　月　　日

◆必要事項をご記入のうえ、ご提出願います。

フリガナ		性　別	
氏　名		男　・　女	
生年月日	平成　　年　　月　　日	年齢	歳　　か月
住　所	〒（　　－　　）		
電話番号	自宅（　　）（　　）（　　）	携帯（　　）（　　）（　　）	

体　重	Kg	体　温	° C

●発症から現在までにみられた症状（あるいは相談なさりたい事項）についてお答えください。

★あてはまる箇所に✓（チェック印）を入れてください。

☐発熱　☐鼻水・鼻づまり　☐咳　☐痰　☐咽頭痛　☐頭痛　☐嘔吐　☐下痢　☐腹痛　☐発疹

☐上記以外の症状

【相談事項】（もしあれば）

●上欄の症状が始まったのはいつからですか？

★あてはまる箇所に✓（チェック印）を入れてください。

☐今日から　☐昨日から　☐3 日前から　☐その他（　　）

当院での今後の診療に役立つお子様の情報を教えてください。

①クスリ【飲み薬・予防接種など】でアレルギーと思われる症状【発疹や喘鳴など】になったことがある。

☐ある

〔薬品名等わかれば具体的に：　　〕

☐ない

②食物アレルギーと思われる症状になったことがある。

☐ある

〔食物の種類をわかる範囲で具体的に：　　〕

☐ない

③過去にかかった病気や現在も他院にて管理中の慢性疾患等【…発達の遅れ・心臓病・代謝異常　等】があれば、記入してください。

④予防接種について、今までに受けたことのあるものに✓（チェック印）を入れてください。

☐BCG	☐ポリオ	☐三種混合	☐MR	☐ヒブ	☐肺炎球菌（プレベナー）
☐日本脳炎	☐水ぼうそう	☐おたふくかぜ	☐サーバリックス	☐その他（　　）	

✍ご記入いただきました個人情報については、厳密に扱います。

＊当院での診療・治療行為およびそれに付随する業務以外に利用することは一切ございません。

登録に多少のお時間を要しますことをご了承のうえ、お呼びするまでしばらくお待ちください。

医療法人社団鐘韻会

まきた内科医院