子供用

初めて受診される方へ

かな	生年月日
氏名　　男・女	年　月　日 第　子（　歳　ヶ月）
〒 住所	自宅（　）　－ 携帯電話（　）　－
本日の体温：　℃（平熱　℃）	現在の体重　kg
現在通っている園・学校名：	

今日はどうされましたか？

□発熱　いつから：
□咳　いつから：
□鼻水　いつから：
□ぜいぜい　いつから：
□胃痛　いつから：
□その他

□嘔吐　から　回
□下痢　から　回
□腹痛　から
□発疹（　）

現在内服中の薬はありますか？	いいえ・はい（　）
薬によるアレルギーはありますか？	いいえ・はい（　）
食物のアレルギーはありますか？	いいえ・はい（　）
その他のアレルギーはありますか？	いいえ・はい（　）
今までに入院や手術されたことはありますか？	いいえ・はい（　）

今までにかかったことのある疾患に○をつけてください。

アトピー性皮膚炎	気管支喘息（喘息様気管支炎）	肺炎	中耳炎
RS ウイルス感染症	尿路感染症	溶連菌感染症	腎炎
花粉症・鼻炎	じんましん	川崎病	心疾患
熱性痙攣	てんかん	髄膜炎	

その他（　）

出生時からの様子をお聞かせください。

出生体重：　g　在胎週数：　週　分娩：正常・異常（　）

成長や発達などで何かご心配なことはありますか？　いいえ
はい（　）

医療費明細書は発行しますか？（診療内容の明細書）　いいえ・はい

その他なにかあればご記入ください 。

ありがとうございました。保険証等コピーさせていただいています。

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おります。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。

ぶんぶんこどもクリニック