

初めての患者様へ(小児用)

発疹のある方、はしか、おたふくかぜなどの疑いがある方は、
受付にお申し出下さい。

ふりがな
氏名(_____ 様) (男・女・非該当)
年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1. 今日はどのようなことでおいでになりましたか?
2. いつ頃からお気づきになりましたか? (_____ 年 _____ 月 _____ 日)
また、原因と思われることはありますか?
3. 今までに何か病気で医師にかかったことがありますか?
ない・ある(_____)
4. 今、飲んでいるお薬がありますか?
ない・ある(_____)
5. 今までに薬物アレルギーを起こしたことがありますか?
ない・ある(_____)で(_____ 年 _____ 月頃)
6. 漢方薬の処方を希望しますか?
する・しない・どちらでもよい
7. お薬は“粉・シロップ・錠”のどれがよろしいですか?
(_____)がよい
8. ご家族でタバコを吸う方はいらっしゃいますか?
いない・いる(どなたですか: _____)
9. 妊娠・出産時のことを教えてください。
妊娠中・出産時の問題 なし・あり(_____)
出産時体重・週数 _____ g・ _____ 週 _____ 日
分娩方法 普通分娩・帝王切開・その他(_____)
10. 乳幼児検診でなにか問題がありましたか?
なし・あり(_____)

裏面もご記入下さい→

11. 予防接種について教えてください。

ワクチンの種類	接 種 日				かかったことが あれば○
	1回目	2回目	3回目	4回目	
B C G ロタウイルス		/	/	/	結核
生ポリオ			/	/	ポリオ
不活化ポリオ					
三種混合					ジフテリア 破傷風・百日咳
四種混合					
二種混合二期		/	/	/	
MRワクチン			/	/	麻疹・風疹
おたふくかぜワクチン			/	/	おたふくかぜ
水疱瘡ワクチン			/	/	水疱瘡
小児用肺炎球菌ワクチン					/
ヒブワクチン					
B型肝炎ワクチン				/	B型肝炎
子宮頸がんワクチン				/	
日本脳炎					日本脳炎

2. ご家族の構成と病気について教えて下さい。

続柄	性別	年齢	同居の 人に○	何か病気がありましたら記載してください
父	/			
母	/			
兄弟	男・女			
	男・女			
	男・女			
且父(父方)	/			
且母(父方)	/			
且父(母方)	/			
且母(母方)	/			

3. 本院をどこで(どうして)お知りになりましたか？

4. その他、お話ししておきたいことがありましたら忘れないように簡単にメモしておいてください。

ご協力ありがとうございました。