

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名				年齢	歳 ヶ月
生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦			年	月 日
住 所	〒 _____				
電話番号					
身 長	cm	体 重	kg	本日の体温	°C

マイナンバーカード保険証を利用し診療情報を取得・活用することに同意します。

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

■本日はどのようなことで、いらっしゃいましたか？

該当する症状があればチェックし、始まった時期などを教えてください。

- 発熱 _____ 月 _____ 日より _____ °C 解熱剤の使用： あり ・ なし
- 咳 _____ 月 _____ 日より
- 鼻水 _____ 月 _____ 日より
- 発疹 _____ 月 _____ 日より 場所：頭・顔・腹・背中・手・足・その他
- 嘔吐 _____ 月 _____ 日より _____ 回
- 下痢 _____ 月 _____ 日より _____ 回
- 腹痛 _____ 月 _____ 日より
- 頭痛 _____ 月 _____ 日より
- その他の症状・心配なことなど

(_____)

◎ご家族や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はいらっしゃいますか？

- なし あり (病名： _____)

■今までかかった病気、治療中の病気があれば、該当するものにチェックをしてください。

- けいれん(ひきつけ) : (熱があるとき _____ 回、熱がないとき _____ 回)
- はしか(麻疹) 風疹 みずぼうそう おたふくかぜ
- ぜんそく 肺炎 百日咳
- その他 (_____)

■現在、使用中のお薬(飲み薬・塗り薬)がありましたら教えてください。

薬剤情報、お薬手帳などありましたらお見せください。マイナ保険証による情報取得に同意された方は、オンラインによる薬剤情報を取得いたします。

- なし (_____)
- あり (_____)

■他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

裏面にも質問事項がございます。お手数ですがご記入をお願いいたします。

■アレルギーについてお聞かせください。

- 1) 薬のアレルギーはありますか？ なし あり ()
- 2) 食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()
- 3) その他のアレルギーがありましたらご記入ください。 ()

■次の予防接種はお済ですか？接種済みのものにチェックをしてください。

- 小児肺炎球菌（プレベナー） インフルエンザ菌（ヒブ） ロタウイルス
- 三種混合あるいは四種混合 ポリオ BCG
- 麻しん・風疹（MR） おたふくかぜ みずぼうそう（水痘）
- 日本脳炎 B型肝炎

■ご家族についてお聞かせください。

- 1) 家族構成を教えてください。

父 母 その他 _____ 人家族

兄弟姉妹⇒ (男 ・ 女 : 歳)

(男 ・ 女 : 歳)

- 2) 現在治療中、あるいは次の病気にかかったことのある方がいらしたらお書きください。

現在治療中： _____

アレルギー疾患： _____

ぜんそく： _____ 熱性けいれん： _____

神経疾患（てんかんなど）： _____

■出生・発育についておたずねします。

- 1) 出生体重 : _____ g 在胎週数 : _____ 週 _____ 日
- 仮死 : あり なし 黄疸 : 強 中 弱 なし

- 2) お子さんを妊娠中、お母様の健康状態はいかがでしたか？

異常なし 問題があった ()

- 3) 発育について

◎首がすわったのは _____ ヶ月頃

◎お座りができるようになったのは _____ ヶ月頃

◎ひとりで歩けるようになったのは _____ ヶ月頃

◎お話ができるようになったのは _____ ヶ月頃

ご協力ありがとうございました。ご記入いただけましたら、受付へお渡ししてください。

個人情報保護法の施行に伴い、当院ではスタッフ及び関係者にこれを周知徹底し、適切な個人情報の管理と保護に努めます。



秋元ファミリークリニック