

◆ 予 診 票 ◆

*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。

ふりがな

◆受診される方のお名前() 年齢()才()ヵ月
きょうだい()人中()番目 体重()kg

◆住所()

◆電話番号(自宅: 携帯:)

◆妊娠・分娩歴

妊娠週数()週 出生体重()グラム

妊娠中または分娩時になにか異常がありましたか

(いいえ はい 内容)

生まれつきの病気がありますか?

(いいえ はい 内容)

入院をしたことがありますか?

(いいえ はい 内容)

◆予防接種歴

ヒブ&小児用肺炎球菌 (受けていない 受けた (1回 2回 3回 4回)

B型肝炎 (受けていない 受けた (1回 2回 3回)

4種混合(3種混合+ポリオ) (受けていない 受けた (1回 2回 3回 4回)

BCG (受けていない 受けた)

はしか・風疹 (受けていない 受けた (1回 2回)

おたふくかぜ (受けていない 受けた (1回 2回)

水ぼうそう (受けていない 受けた (1回 2回)

◆これまでにかかった主な感染症と病気

突発性発疹症 水ぼうそう おたふくかぜ けいれん

じんましん アトピー性皮膚炎 ぜんそく (自宅吸入器 あり・なし)

その他()

◆本日受診の理由 (簡単でけっこうです)

発熱 (いつから: 最高 度)

咳 鼻水 嘔吐 下痢 湿疹 ぜんそく アレルギー相談

その他

◆当院をどうやってお知りになりましたか? (複数回答可)

- 1. 家族の紹介 2. 兄弟のかかりつけ 3. 知人の紹介 4. 他院からの紹介
- 5. 家が近所 6. 病児保育のパンフレット 7. インターネット 8. 電話帳
- 9. その他()