

## 小児科受診の方（初診）

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 体温： \_\_\_\_\_ °C（ \_\_\_\_\_ 時頃測定）

〒 \_\_\_\_\_  
ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号（必要時、当院から連絡してよい番号をご記入ください）TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

生活の場：自宅・幼稚園・保育園・小学校・中学校・その他（ \_\_\_\_\_ ）

当院を知ったきっかけ：インターネット検索・近くで見かけて・看板などの案内・口コミ・紹介・その他（ \_\_\_\_\_ ）

1. いつ頃から、どんな症状がありますか？具体的にご記入ください。  
（ \_\_\_\_\_ ）

2. お生まれになった時のことについておうかがいします。

・妊娠中の異常： なし ・ あり（ \_\_\_\_\_ ）

・在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日（予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日） ・出生場所（ \_\_\_\_\_ ）

・分娩： 普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ） ・入院期間 \_\_\_\_\_ 日

・出生体重 \_\_\_\_\_ kg

・出生時の状態： 良 ・ 不良

・出生時の処置： なし ・ 保育器 ・ 光線療法 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

・乳幼児健診での異常の指摘： なし ・ あり（ \_\_\_\_\_ ）

3. 今までにお子様がかかれた病気についてご記入ください。

・大きな病気、入院、手術の経験はありますか？ なし ・ あり

時期：（ \_\_\_\_\_ ）

病名：（ \_\_\_\_\_ ）

・アレルギーはありますか？ なし ・ あり

食べ物（ \_\_\_\_\_ ）薬（ \_\_\_\_\_ ）その他（ \_\_\_\_\_ ）

・下記の中にかかれたことのある病気がありますか？○をつけてください。

はしか	風疹	水痘	おたふく	百日咳	ぜんそく	ひきつけ	その他 ( _____ )
_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳

・マイナンバーカードを提示していただいた方へ

マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい いいえ