はじめて来院された方へ

ふりがな		男・女	S・H・R　年　月　日（　歳　ヵ月）	
お名前			被保険者(世帯主)との続柄	
ご住所	〒		電話番号	(自宅)
				(携帯)

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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算◆(初診時)加算1：6点　加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

今の体温　　℃　今の体重　　kg

1. 今日はどのようなことでこられましたか？

熱（　　℃）、咳、鼻水、下痢、血便、嘔吐、腹痛、発疹、喉の痛み、頭痛、食欲がない、
元気がない、その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2. その症状はいつからですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 出生時について

体重　　g　出生の週数　　週　　日、出生時の状態（正常・異常）

4. 今まで大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない　、　ある　（その病気　　）

5. これまでアレルギーを指摘されたことはありますか？

ない　、　ある　（気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー、薬
予防接種、その他　　）

6. 今までにかかった病気はありますか？

百日咳、麻疹（はしか）、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜ（ムンプス）、風疹、突発性発疹
ひきつけ、その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

7. 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

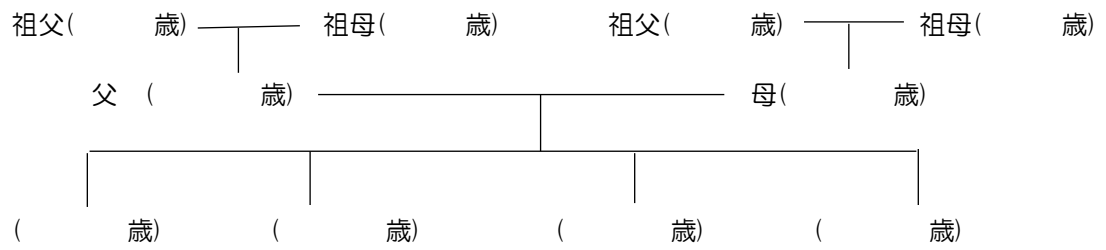
ヒブ、肺炎球菌、４種混合(DPT-IPV)、B型肝炎、ロタ、ＢＣＧ、ＭＲ(麻疹･風疹)、
水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ(ムンプス)、日本脳炎、子宮頸がん、２種混合(DT)
その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿

8.乳幼児時期の発達について

笑う(　　か月)、首すわり(　　か月)、お座り(　　か月)、歩き始め(　　歳　　か月)
健診で指摘されたことがある ＿＿＿＿＿＿＿＿

9.ご家族についてお書きください。同居者は○で囲んでください。

ご病気の方がいらしたらお書きください。



10.当クリニックをどちらでお知りになりましたか？○をつけてください。

家族・知人から　　ネットから　　看板広告　　その他（　　）

にしぼりこどもクリニック