

当クリニックを初めて受診される方へ

(記入日 年 月 日) (来院時体温 _____ °C)

ひらがな
氏名: _____ 男・女 年齢 歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg

_____ 保育園・幼稚園・小・中 _____ 組

厚労省の指導により：マイ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

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・活用するために、マイ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

I. 本日希望されることについてお尋ねいたします。

1. 症状は何ですか？

2. いつからですか？

3. どちらかの医療機関で、治療をうけましたか？

4. 当クリニックにて、何を希望ですか？ (該当するものに○をして下さい。)

診断・検査・治療・紹介希望・診断書・相談・第二の意見・長期的な治療・管理
公的認定の手続き・かかりつけ医の休診による代診・その他()

5. その他(例えば、粉薬希望・熱さましは座薬希望 などありましたら、お書きください。

()

II. これまでの事について、お尋ねいたします。

1. 薬のアレルギーはありますか？ なし・あり 具体的に

2. 食物にアレルギーはありますか？ なし・あり 具体的に

3. 今迄に大きな病気にかかったことはありますか？薬を飲んでいればご記入ください。

4. 患者様本人に該当するものに○をして下さい。

けいれん(ひきつけ)・喘息・咳が続きやすい・ゼイゼイしやすい・抗生剤で下痢をしやすい
心臓病・腎臓病・花粉症・アトピー性皮膚炎・鼻炎・じんましん

5. 家族の中で小児期まで含み該当するものがあれば○をつけ続柄も記入してください。

けいれん(ひきつけ)・喘息・咳が続きやすい・ゼイゼイしやすい・抗生剤で下痢をしやすい
心臓病・腎臓病・花粉症・アトピー性皮膚炎・鼻炎・じんましん

6. 喫煙される方はいらっしゃいますか？ いいえ・はい 具体的に

7. ペットは飼われていますか？ いいえ・はい 具体的に

III. 予防接種など 該当するものに○をして下さい。

| | 四種(三種)混合 | 麻疹・風疹(MR) | 水痘 | おたふく | |
|----------|----------|-----------|-----|------|---------|
| 予防接種 | 済・未 | 済・未 | 済・未 | 済・未 | |
| かかったものに○ | 百日咳 | 麻疹、風疹 | 水痘 | おたふく | 溶連菌(回) |

IV. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？(該当するものに○をつけてください。)

当クリニックのホームページ(受診のきっかけになった点) _____)
口コミ(知人からの紹介を含め)・医療機関からの紹介・家族がかかっているから
インターネットのサイト(わかれば: _____)その他(_____)
パオレビルの入り口の看板・パオレビルの窓の掲示・クリニックドアの掲示・雑誌(_____)