

# 初めて受診の方に

\* 診察の参考にしますので、ご面倒ですが次の質問にお答えください

①名前( ) ②年齢( )才( )か月 保・幼・小・中  
③身長( ) cm 体重( )Kg ④現在の体温( )°C

⑤いつからどういった症状がありますか(一番つよく出ている症状に◎を書いてください)

※発熱している場合【 月 日 午前・午後 時頃から 体温( )°C】

家族内で発熱者(あり・なし) 幼稚園・保育園・学校で発熱者(あり・なし)

|          |   |     |     |     |     |
|----------|---|-----|-----|-----|-----|
| ・咳       | 月 | 日から | ・嘔吐 | 月   | 日から |
| ・鼻水      | 月 | 日から | ・腹痛 | 月   | 日から |
| ・発疹      | 月 | 日から | ・下痢 | 月   | 日から |
| ・食欲低下    | 月 | 日から | ・便秘 | 月   | 日から |
| ・その他(症状: |   | )   | 月   | 日から |     |

⑥その他、診察時に医師に伝えたいことを具体的に記入してください

⑦予防接種歴について (該当するものに○をして、接種回数をお書きください)

|            |      |           |      |
|------------|------|-----------|------|
| 麻疹風疹混合(MR) | ( )回 | ヒブ        | ( )回 |
| おたふく       | ( )回 | 肺炎球菌      | ( )回 |
| 水痘         | ( )回 | 3種混合・4種混合 | ( )回 |

(どちらかに○をつけてください)

⑧今までに入院したことがありますか ( ない ・ ある )

\* ある場合はその内容と時期をお書きください( H 年 病名 )

⑨喘息はありますか? ( はい ・ いいえ )

⑩最近、予防接種をしましたか? ( はい ・ いいえ )

ワクチンの種類( ) いつ( 月 日 )

⑪以下の項目でアレルギーはありますか?ある場合は○で囲んでください。

・花粉症 ・ 金属 ・ ゴム ・ 薬(薬剤 )

・ 食品(食品名: ) ・ その他( )

⑫アルコール綿や絆創膏の使用で皮膚のかぶれはありますか?( はい ・ いいえ )

⑬歯の治療時に麻酔を使用したことのあるお子さんにお聞きします。

麻酔使用時に何か異常がありましたか? ( はい ・ いいえ )

## 薬について

⑭現在飲んでいる薬はありますか ( ある ・ ない )

\* ある場合にはお薬手帳をお出しください

⑮薬は何が飲めますか ( 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル )

\* 上記のうち特に希望されるものがある場合には◎をしてください

## <マイナ保険証を提示された方へ>

マイナ保険証による診療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。

ありがとうございました。

相模原赤十字病院 小児科 R6,6改定