

初めて受診される方へ

<小児用>

平成 年 月 日

病院
使用欄

正確な診断や安全な治療のために大切なことをおたずねします。 おわかりの範囲で、ご記入あるいは○印を付け、受付にお渡してください。				月日	体重 kg	身長 cm
1) <input type="checkbox"/>	フリガナ	性別	男・女	/		
2) <input type="checkbox"/>	受診者氏名	年齢	() 歳 () カ月	/		
3) <input type="checkbox"/>		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	/		
4) <input type="checkbox"/>	1. 本日診療を受けたい症状は？		②ドライシロップのお薬はどのようにして	/		
5) <input type="checkbox"/>	発熱 鼻水 咳 ぜいぜい		飲ませていますか？	/		
6) <input type="checkbox"/>	湿疹 アトピー 鼻炎		・少量の水でねる ・水に溶かす	/		
7) <input type="checkbox"/>	腹痛 おうと 下痢		・ゼリーなどに混ぜる ・そのまま	/		
8) <input type="checkbox"/>	喘息発作 痙攣 その他 ()		※現在服用中の薬がありましたら、お薬説明	/		
9) <input type="checkbox"/>	2. 入院、長期間の通院、繰り返しかかった		の紙を受付にお渡し下さい。	/		
10) <input type="checkbox"/>	病気等がありますか？ (はい・いいえ)		★今後の参考にさせていただきます★	/		
11) <input type="checkbox"/>	()		お手数ですがご記入をお願い致します。	/		
12) <input type="checkbox"/>	3. 今までに薬を飲んだり注射をして、ひど		●当院をどちらでお知りになりましたか？	/		
13) <input type="checkbox"/>	い下痢になったり、じんましんが出たり		(複数可)	/		
14) <input type="checkbox"/>	異常が起こったことがありますか？		・家族が受診 (お名前:)	/		
15) <input type="checkbox"/>	(あり・なし)		・友人、知人 (お名前:)	/		
16) <input type="checkbox"/>	その薬は？ ()		・医院の建物を見て	/		
17) <input type="checkbox"/>	4. <12才以下のみ>		・看板 (場所:)	/		
18) <input type="checkbox"/>	今までにかかった病気があれば○で囲		・インターネット	/		
	み、年齢も分かれば記入してください。		・他院からの紹介	/		
	・水ぼうそう (才)		・その他 ()	/		
	・おたふくかぜ (才)		●当院のホームページをご覧になりましたか？	/		
	・はしか (才) ・風疹 (才)		(はい・いいえ)	/		
	・けいれん (才 回)		7. その他、心配なことや相談したいことがあ	/		
	--- そのとき熱は (あり・なし)		りますか？	/		
	・喘息、その他 ()		[]	/		
	5. <乳幼児のみ>		ご記入者氏名 ()	/		
	出生時、異常はありましたか？		〒 -	/		
	・はい ()		住所	/		
	・いいえ		電話番号 () -	/		
	6. 当院は小児の薬の処方に特に気を配って		日中のご連絡先* () -	/		
	います。お子さんのお薬の飲み方につい		※連絡が付きやすい電話番号をお書き下さい	/		
	て教えて下さい。		緊急にご連絡を差し上げたい時、連絡がつか	/		
	①お薬の形に希望はありますか？		ない状態が多く見られます。住所変更や電話番号	/		
	・ドライシロップ (→ ②へ)		変更の際には必ず受付にお知らせ下さい。	/		
	・錠剤 ・水薬 ・飲ませたことがない			/		