初めて受診される方へ　＜小児用＞　平成　年　月　日

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、ご記入あるいは〇印を付け、受付にお渡しください。

フリガナ		性別	男 ・ 女
受診者氏名		年齢	（　　）歳（　　）ヵ月
		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日

1. 入院、長期間の通院、繰り返しかかった病気等がありますか？
   （ **ある ・ ない** ）
   ↓
   【病名：　（　）才・年前～】
   【病名：　（　）才・年前～】
   【病名：　（　）才・年前～】

2. 今までに薬を飲んだり注射をして、ひどい下痢になったり、じんましんが出たり異常が起こったことがありますか？
   （ **ある ・ ない** ）
   ↓
   〔薬名：　症状：　〕
   〔薬名：　症状：　〕

3. 今までにかかった病気があれば〇で囲み、年齢も分かれば記入してください。
   ・水ぼうそう（　才）
   ・おたふくかぜ（　才）
   ・はしか（　才）　・風疹（　才）
   ・けいれん（　才　回）
   --- そのとき熱は（ あり ・ なし ）
   ・喘息、その他（　）

4. *＜乳幼児のみ＞*
   出生時、異常はありましたか？
   ・はい（　）
   ・いいえ

5. 当院は小児の薬の処方に特に気を配っています。お子さんのお薬の飲み方について教えて下さい。
   ①薬の形に希望はありますか？
   ・粉のお薬（ → ②へ）
   ・錠剤　・水薬　・飲ませたことがない

②粉のお薬はどのようにして飲ませていますか？
・少量の水でねる　・水に溶かす
・ゼリーなどに混ぜる　・そのまま

※他院で頂いたお薬説明の紙をお持ちでしたら、受付にお渡し下さい。

★今後の参考にさせて頂きます★
お手数ですがご記入をお願い致します。

●来院されたきっかけを教えてください(複数可)
□ 家族が受診（お名前：　）
□ 友人、知人の紹介（お名前：　）
□ Google などで検索（ワード：　）
□ 医院口コミサイト（ ﾄﾞｸﾀｰｽﾞﾌｧｲﾙ ・ 他 ）
□ 医院紹介雑誌（ 頼れるドクター ・ 他 ）
□ 医院の建物を見て知っていた
□ 看板を見て知っていた
□ その他（　）

●当院のホームページをご覧になりましたか？
（ はい ・ いいえ ）

●パソコンやスマホから、診察順番の予約ができることをご存知ですか？
（ はい ・ いいえ ）

ご記入者氏名（　）
〒　－
住所

電話番号　（　）　－
日中のご連絡先※（　）　－
※連絡がつきやすい電話番号をお書き下さい

緊急にご連絡を差し上げたい時、連絡がつかない状態が多く見られます。住所変更や電話番号変更の際には必ず受付にお知らせ下さい。

月日	体重 kg	身長 cm
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		