



# 小児の初診患者様へ (PDF版)

カルテ管理のためお名前・ご住所をお書きいただいています

記入日 年 月 日

I.D.	※(当院で記入)	生年月日	
ふりがな		平成	年 月 日
お名前	男	( 歳 ヶ月)	
	女	記載している方のお名前 (続き柄: )	
ご住所	郵便番号( - )	電話	-( - )-
		携帯	- -

診療の参考にいたしますので、以下の質問にお答えください

(太線以下のアミの部分はお分かりになる範囲で結構です)。

本日はどのような症状でおいでになりましたか？	発熱、セキ・ハナ、発疹、下痢・嘔吐 その他(具体的に: )
ぜんそく・心臓病など慢性疾患はありますか？	ある・ない (‘ある‘場合具体的に: )
現在治療中の病気、服用している薬はありますか？	ある・ない (‘ある‘場合の薬品名: )
薬・食品などのアレルギーがありますか？	ある・ない (‘ある‘場合具体的に: )
出生時体重・週数をお答えください。 妊娠中・分娩時に異常はありましたか？	出生時: g、 週で出生。 (生まれた病院: )
乳幼児健診で異常を指摘されたことはありますか？	ある・ない (‘ある‘場合具体的に: )
家族の方で慢性の病気や重大な病気の方はいらっしゃいますか？	ある・ない(‘ある‘場合どなたがどんな病気ですか?)

予防接種についてお尋ねします。

BCG : (接種した・していない)	ロタワクチン : (接種した( 回)・していない)
三(四)種混合 : (接種した( 回)・していない)	ポリオワクチン : (接種した( 回)・していない)
B 型肝炎ワクチン : (接種した( 回)・していない)	日本脳炎ワクチン : (接種した( 回)・していない)
ヒブ(Hib)ワクチン : (接種した( 回)・していない)	肺炎球菌ワクチン : (接種した( 回)・していない)
MR(麻しん・風しん)ワクチン : (接種した( 回)・していない)	
水痘ワクチン : (接種した( 回)・していない)	おたふくかぜワクチン : (接種した( 回)・していない)

この書類の管理は、個人情報保護法・厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に従い細心の注意を払います。