

ID: _____

小児科外来予診票

令和 年 月 日

ふりがな _____

体温: _____ °C

氏名 _____

性別: 男・女 年齢: _____ 歳 体重: _____ kg

1. 今日希望される受診科は？

小児科 小児循環器科 小児心臓外科 小児外科

2. 本日はどのような事で来院されましたか？

3. 出生時および新生児期についてうかがいます。

・出生時の体重 _____ g ・在胎週数 _____ 週 _____ 日
・正常分娩 異常分娩 ・出生時の異常 あり なし ・新生児期の異常 あり なし
・単胎・多胎 () 子中第 () 子

4. 今までにかかった病気にチェックをつけてください。

百日咳 麻疹 風疹 水痘 おたふく 痙攣 喘息 虫垂炎
川崎病 突発性発疹 日本脳炎 その他 ()
・現在治療している病気はありますか？ ()

5. アレルギーはありますか？

はい→薬 卵 牛乳 その他 () いいえ

6. 現在飲んでいる薬はありますか？

はい→(薬の種類 _____) いいえ

7. 予防接種についてお聞きします。終了した項目にチェックをつけて下さい。

5歳未満の方はすべて記入して下さい。5歳以上の方は麻疹風疹・おたふく・水痘のみ記入して下さい。

肺炎球菌ワクチン: 初回接種 1回目 2回目 3回目 追加接種
ヒブワクチン: 初回接種 1回目 2回目 3回目 追加接種
ロタウイルスワクチン: 1回目 2回目 (3回目)
5種(4種)混合ワクチン: I期 1回目 2回目 3回目 I期追加接種 II期
BCG 麻疹風疹混合(MR)ワクチン: I期 II期 III期 IV期
水痘(みずぼうそう)ワクチン ムンプス(おたふく)ワクチン

8. ご家族の中に下記の病気にかかった方がみえましたらごチェック下さい。

喘息 結核 心臓疾患 肝炎 糖尿病 その他 ()
どなたですか？ ()

9. 同居者で喫煙している人はいますか？

いる(喫煙者の続柄: _____) いない

10. かかりつけ医のある方はご記入下さい。(_____)

11. 他の医療機関からの紹介状はありますか？

はい(医療機関名: _____) いいえ

12. 最近、海外へ行かれたか？

はい(いつ: _____ どこへ: _____) いいえ

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。