

ならぎ小児科 初診票

記載日： 年 月 日

| | | |
|---------------|-------------|--------|
| お子さまのお名前 | (漢字) | (ひらがな) |
| 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 |
| 性別・続柄 | 男 ・ 女 | 第 子 |
| 携帯電話 (日中連絡可能) | 父・母・その他 () | |
| メールアドレス | | |
| 住所 | 〒 | |
| 幼稚園・保育園・学校名 | | |

1. 「大きな病気 (例：入院や手術等) の経験」や「慢性の病気」はお持ちですか？

2. 最近、他院で診断・治療された病気はありますか？

3. これまでに診断されたことのある病気に○をつけてください。

①喘息 (継続して治療中・悪化時のみ治療) ②アトピー性皮膚炎 ③アレルギー性鼻炎
 ④食物アレルギー (卵、ミルク、他)
 ⑤薬疹 (薬品名：) ⑥中耳炎 (1回だけ、反復、滲出性)
 ⑦けいれん・熱性けいれん (回) ← 最終 年 月 日

4. 予防接種のうち、現在までに接種した回数を記載ください。

① ヒブ (/ 4回) ② 肺炎球菌 (/ 4回)
 ③ B型肝炎 (/ 3回) ④ 4種混合 (/ 4回)
 ⑤ BCG ⑥ 麻疹・風疹 (/ 2回)
 ⑦ 水ぼうそう (/ 2回) ⑧ 日本脳炎 (/ 4回)
 ⑨ 3種混合 (/ 4回) ⑩ 2種混合
 ⑪ ロタ (/ 2・3回) ⑫ おたふくかぜ (/ 2回)
 ⑬ その他 ()

(アンケート) 当院への来院のきっかけを教えてください。該当番号に○をつけてください。

1. 家族からの紹介 2. 友人・知人からの紹介 3. 保育園・幼稚園・学校からの紹介
 4. 家から近い 5. 建物を見て (近くを通過)
 6. 病児保育室があることを知って 7. 看板を見て 8. 当院ホームページを見て
 9. インターネットでの検索や口コミを見て 10. 他の病院やドクターに紹介されて
 11. その他 ()

当診療所では、会計・経理や他の病院等との連携、患者様への情報提供を目的として個人情報取得しています。

同意いただける場合には、下記の□に✓ (チェック) の記入をお願いいたします。

個人情報の扱いに同意する