

【ご記入者： 母・父・祖母・祖父・本人・その他\_\_\_\_\_】

ID \_\_\_\_\_ ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 体温 \_\_\_\_\_ °C

再診

発熱 ( \_\_\_\_\_ ) 熱の経過 \_\_\_\_\_ 解熱剤使用(なし・あり)

鼻汁 ( \_\_\_\_\_ ) 透明・色付き・鼻づまり

咳 ( \_\_\_\_\_ ) 痰からみの咳・乾いた咳

嘔吐 ( \_\_\_\_\_ ) 1日 \_\_\_\_\_ 回 最後に吐いた時刻( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ) その後の水分摂取は 可・不可

下痢 ( \_\_\_\_\_ ) 1日 \_\_\_\_\_ 回 水様便・泥状便・軟便 (半固形状) 色(茶色・白色・血混じり)

痛み ( \_\_\_\_\_ ) 頭痛・咽頭痛・腹痛・関節痛

その他 ( \_\_\_\_\_ )

◇集団生活はしていますか？ (いいえ・はい →施設名( \_\_\_\_\_ ))

◇周囲や家族で流行している病気はありますか？ (いいえ・ \_\_\_\_\_ )

◇現在、他の医療機関へ通院されていますか？ (いいえ・はい)

病名( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )

◇現在、飲んでいるお薬はありますか？ (いいえ・はい → お薬手帳をご提示お願いします)

◇お薬の希望(シロップ・粉薬・錠剤) ※解熱剤(シロップ・粉薬・錠剤・坐薬)

◇他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (いいえ・はい)

### 初めての方、1年以上受診のない方はご記入ください

◇今までに大きな病気にかかりましたか？ ( 才頃・ \_\_\_\_\_ )

◇アレルギー疾患はありますか？ (いいえ・はい)

喘息・鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他( \_\_\_\_\_ )

薬( \_\_\_\_\_ )・食物(卵・牛乳・小麦・その他 \_\_\_\_\_ )

◇ご家族でアレルギー疾患がある方はいますか？ (いいえ・はい)

どなたが(母・父・その他 \_\_\_\_\_ )

喘息・鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎・その他( \_\_\_\_\_ )

薬( \_\_\_\_\_ )・食物(卵・牛乳・小麦・その他 \_\_\_\_\_ )

◇出産歴について

在胎週数 ( \_\_\_\_\_ 週) 出生体重 ( \_\_\_\_\_ g)

新生児期に何か異常がありましたか？ (いいえ・はい → 病名 \_\_\_\_\_ )

◇マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (いいえ・はい)

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1(4点)/加算2(2点):マイナ保険証を利用した場合