

No.

初診時間診票（小児）

受診日

年

月

日

ふりがな

氏名 _____ (男・女)

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ か月)

住所 〒 _____

連絡先 自宅 (_____)

携帯 (_____)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ ・ はい

本日はどうされましたか？

37.5℃以上ある方は
受付までお申し出
ください

《他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は、受付にご提出ください》

いつから・症状 _____ 体重 _____ Kg 本日のお熱 _____ ℃

*現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ ・ はい (医療機関名/病名 _____)

*現在、処方されている薬がありますか？

いいえ ・ はい (薬剤名 _____)

既往歴 (今までかかった大きな病気)

なし ・ あり (病名 _____)

アレルギー (薬、食品など) はありますか？

なし ・ あり (_____)

出生時について (2歳までの方)

体重 (_____ g)

在胎週数 (_____ 週 _____ 日)

集団生活をしていますか？ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・その他 (_____)

そこで流行している病気はありますか？ (_____)

検査希望：なし・あり (PCR・抗原) 連絡のつく携帯番号 (_____)

本日の来院方法 (車《駐車入No. _____》・その他)

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。

ふちのベファミリークリニック ☺