

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 (S・H・R) 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？

《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》

37.5℃以上ある方は
受付までお申し出
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・インフルエンザ) 携帯番号 ()

本日の来院方法 (車《駐車券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。

ふちのべファミリークリニック ☺