

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| ふりがな       | 生年月日                       |
| お名前男<br>女  | 平成・令和 年 月 日<br>歳 カ月        |
| ご住所 〒（ - ） | 電話番号（ - - ）<br>携帯電話（ - - ） |

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

☐ 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。

☐ いいえ 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お願いいたします。

熱 ℃ 体重 kg

※今日はどうされましたか？該当する症状に○をつけてご記入ください。

|       |      |                                                                      |   |         |   |    |   |
|-------|------|----------------------------------------------------------------------|---|---------|---|----|---|
| ・発熱   | 日前から | (朝・昼・夕方・夜)頃から発熱                                                      | ℃ | 月 日に、最高 | ℃ | 今朝 | ℃ |
| ・咳    | 日前から | (痰・乾いた咳・咳込み・ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン)(1日中・寝る前・寝起き・睡眠中・日中)                    |   |         |   |    |   |
| ・鼻水   | 日前から | (黄色・緑色・白色・透明・ネバネバ・サラサラ)(鼻閉:あり・なし)                                    |   |         |   |    |   |
| ・くしゃみ | 日前から |                                                                      |   |         |   |    |   |
| ・咽頭痛  | 日前から | (声がれ:ある・なし)                                                          |   |         |   |    |   |
| ・頭痛   | 日前から | (ずっと・ときどき)                                                           |   |         |   |    |   |
| ・嘔吐   | 日前から | 1日( )回(突然吐く・咳込んで吐く・吐き気)                                              |   |         |   |    |   |
| ・下痢   | 日前から | 1日( )回(水様・軟便・泥状・血便・白色)                                               |   |         |   |    |   |
| ・腹痛   | 日前から | (ずっと・ときどき)                                                           |   |         |   |    |   |
| ・便秘   | 日前から | (普段: 日に1回くらい)(出血:あり・なし)                                              |   |         |   |    |   |
| ・皮膚症状 | 日前から | (湿疹・発疹・水疱・蕁麻疹・水いぼ・とびひ・あせも・乾燥)<br>(頭・顔・口・背中・お腹・おしり・手・足・全身)(かゆみ:ある・なし) |   |         |   |    |   |

食欲 (いつも通り / いつもより少なめ / 全くとれない) 水分 (いつも通り / いつもより少なめ / 全くとれない)  
元気 (ある / まあまあ / ない / ぐったり / 機嫌悪い) 排尿 (いつも通り / いつもより少なめ / 全く出ない)

※現在、他院に通院中の方は病名と通院先、お薬をお書きください。

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

※出産・発育について  
出生体重 ( g ) ( 週 )  
出生時、新生児期に異常はありませんでしたか？ なし・あり→( )  
乳児期の栄養方法(現在乳児期の方): 母乳・混合・人工 離乳食: 回食

※いままでにかかった病気、もしくは現在通院・治療中の病気について  
突発性発疹 じんま疹 中耳炎 花粉症 気管支喘息 アトピー性皮膚炎  
けいれん(熱性・その他) 水ぼうそう おたふくかぜ 川崎病 百日咳  
その他( )

※食物アレルギー 不明・なし・あり →(対象食物 )  
※薬剤アレルギー 不明・なし・あり →(対象薬剤 )

※いままでに受けた予防接種について  
ロタウイルス(1回・2回・3回) B型肝炎(1回・2回・3回)  
四種・五種混合(1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)  
Hib(1回・2回・3回・追加) BCG  
麻疹・風疹(MR)(1期・2期) 水ぼうそう(1回・2回)  
おたふくかぜ(1回・2回) 日本脳炎(1回・2回・第1期追加・第2期)  
その他( )

※ご家族の方であてはまるものがあればお答えください(どなたですか？)  
喘息 ( ) アトピー ( ) 食物アレルギー ( )  
花粉症 ( ) けいれん ( ) 薬剤アレルギー ( )

※これまでに入院、手術を受けたことはありますか？  
いいえ・はい → (病名: ) (病院: ) (時期: )