

石北医院小児科初診時間診票

フリガナ	生年月日
氏名 (男・女)	平成 令和 年 月 日生まれ (歳 か月)
〒 ご住所	電話 ()
登園・登校先 年 組	ご家族(同居の方は 人) 父・母・兄・姉・弟・妹・祖父母
<p>本日の症状・ご相談内容を具体的にお知らせください 発熱・鼻水・せき・嘔吐・下痢</p> <p>その他</p> <p>ご家族に同様の症状の方はいらっしゃいますか？ (いいえ・はい) 「はい」の場合、どなたがいつからですか？</p>	
<p>現在、慢性の病気や治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい) ぜんそく、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、薬剤アレルギー その他</p>	
<p>これまでに入院や手術、定期的に病院で経過観察されることはありましたか？ 何歳ころ、理由は</p>	
<p>妊娠中、分娩時、出産後に異常はありましたか？ (いいえ・はい) 「はい」の場合：低出生体重・黄疸・呼吸障害・嘔吐・感染症・手術・その他</p> <p>出産は 正常頭位分娩・吸引・鉗子・骨盤位・帝王切開 在胎 週 日、出生時体重 g、身長 cm</p>	
<p>予防接種についてお尋ねします。お済みのものに○をつけてください。 ロタウイルス(1、2、3)、ヒブ(1、2、3、追加)、肺炎球菌(1、2、3、追加)、 4種混合(1、2、3、追加)、BCG、麻疹風疹混合(1、2)、 水ぼうそう(1、2)、日本脳炎(1、2、追加、2期)、2種混合、 子宮頸がん(1、2、3) おたふくかぜ(1、2)、小学校入学前の3種混合、髄膜炎菌 その他</p>	

初診時には保険証、母子手帳、福祉医療券、お薬手帳などをお持ち下さい