

# 初診時間診票

しだ小児科クリニック



ふりがな

お名前 ( \_\_\_\_\_ ) 性別 男・女

生年月日 ( 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生まれ ) 年齢 ( \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ か月 )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 携帯 \_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 お名前 ( \_\_\_\_\_ ) 続柄 ( \_\_\_\_\_ ) 電話番号 \_\_\_\_\_

学校、保育園等 ( \_\_\_\_\_ )

体温 ( \_\_\_\_\_ ) °C 身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm 体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg

\* 当院ではマイナ保険証のご利用が可能です。正確な情報取得の診療情報を取得活用することで質の高い医療に努めています。

★コロナに3ヶ月以内に感染されましたか？ (いいえ・はい→ \_\_\_\_\_ 月に感染)

★コロナ感染者と10日以内に接触した可能性はありますか？ (いいえ・はい)

『はい』の場合→詳しく教えてください。

★コロナ検査を希望されますか？ (はい・いいえ) (「いいえ」でも必要な場合には当院の判断で行います。)

★今日はどうされましたか？ (いつから、どんな症状か？ ●●を相談したい など)

☆これまで大きな病気をされたことはありますか？ (ない・ある : \_\_\_\_\_)

☆薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (ない・ある : \_\_\_\_\_)

☆お薬の希望は ( 粉薬・シロップ・錠剤 )

☆解熱剤は ( 要・不要 ) ・ ( 坐薬・飲み薬 )

☆当院で予防接種を希望されますか？ (はい・いいえ)

☆当院をどこでお知りになりましたか？

近所だから・ホームページ・知人からの紹介・SNS・駅看板・道路看板・バス広告

その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。

