

受診される方のお名前 (ふりがな) _____ 様 男・女 (第 子)
 生年月日 H・R 年 月 日 身長 cm 体重 kg
 住所〒 _____ 携帯番号 _____
 集団生活先 _____ 保育所・幼稚園・小学校・中学校・高校

◆2日以内に受診される本人が37.5℃以上の発熱
 ◆感染症の方または疑いのある方と接触した可能性はありますか? (感染症名→ _____)
 あり なし

どのような症状で来院されましたか?いつから、どのような症状か詳しくご記入おねがいします

今回の症状で医療機関は受診されましたか

いいえ はい (受診した医療機関名 _____)

現在、治療中の病気・内服中のお薬はありますか

いいえ はい (_____)

紹介状の持参はありますか

いいえ はい

いままで大きな病気をしたことがありますか (入院・手術等)

いいえ はい (病名・いつ頃 _____)

ひきつけ (熱性けいれん) を起こしたことはありますか

いいえ はい (_____ 何歳頃から _____ 回 ・ 最終 _____ 歳頃)

薬を飲んで発疹が出たことはありますか

いいえ はい (薬の名前 _____)

アレルギーはありますか

いいえ

はい 卵・牛乳・乳製品・小麦・大豆・そば・えび・かに
 その他 _____

かかりつけ医院 (かかりつけ医とは、普段受診や予防接種で受診する医療機関) をお知らせください

普段受診する医療機関 (_____) ・ 予防接種・健診を受ける医療機関 (_____)

希望する薬のタイプはありますか ※年齢やお薬によっては対応できない場合もあります

シロップ 粉 錠剤

① 当院を何でお知りになりましたか?また、きっかけや理由を教えてください(具体的に記載をお願いいたします)

HP インスタ 家族 紹介・お名前 (_____) 県甲状腺

その他 (_____)

② 院長の活動をご存じですか?

いいえ 講演会に参加 ペップキッズ その他 (_____)

※当院では必要時のみ抗菌薬を処方いたします。特段その旨の説明がない場合は処方いたしません。
 (小児抗菌薬適正使用加算)

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? (はい ・ いいえ)

当院では診療情報を取得・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・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

※マイナ保険証をお持ちの場合でも、子ども医療受給者証の掲示が必要です。

医療情報取得加算 初診時 1点 ・ 再診時 (3月に1回) 1点 (マイナ保険証を利用した場合)
 初診時 3点 ・ 再診時 (//) 2点 (// 利用しない場合)