

待機場所：自宅 ・ 車

病院までの到着時間

分

年 月 日

小児科外来受診の方へ
(※ご記入後、受付窓口へご提出下さい)

氏名

診察券番号

連絡先

体温 _____ °C / 体重 _____ kg

■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

- 発熱 _____ 月 _____ 日より _____ °C 咳 _____ 月 _____ 日より
鼻水 _____ 月 _____ 日より 発疹 _____ 月 _____ 日より
下痢 _____ 月 _____ 日より _____ 回 嘔吐 _____ 月 _____ 日より _____ 回
腹痛 頭痛
その他

■今までかかった病気のことなどをお知らせ下さい。

- はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹 ぜんそく 熱性けいれん
その他

■薬のアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

食べ物のアレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

■現在、飲んでいる薬はありますか？

- なし あり (薬品名： _____)

■他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

■マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない

※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。
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します。