

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。