

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

生年月日 平成・令和 年 月 日 年齢

出生時の性別 男 女

連絡先

体温 ℃ / 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 ℃ 咳 月 日より 喉の痛み 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
薬のみ (ご希望の薬を記入してください)

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。