

有料ビニール袋希望 不要

※こちらは職員が記入します※

インフルエンザA () ・溶連菌 () : 検尿 (~) <待合> ニモの部屋 処方なし
インフルエンザB () ・アデノ () ・マイコ () 車の部屋 結果コピー済
RSV () ・便アデノ () ・便ロタ () 予防接種側

令和 年 月 日 No _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

太枠内を赤字でご記入下さい

車のナンバー : _____ 色 : _____

ふりがな (_____)

昭
お名前 _____ 男・女 生年月日 平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)

①本日ご相談希望の症状の□にチェックを入れてください。その症状はいつから出ていますか？

- 発熱 (最高 _____ °C) _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 今の体温 (_____ °C)
- せきが出る _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から 一ヶ月以内に北見市外に行かれたり
- 鼻水が出る _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 市外の方とお会いしたりはありますか？
- 鼻づまり _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から いいえ
- 下痢 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から はい (いつ頃 : _____ 場所 : _____)
- 吐く、吐き気 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から 周囲でコロナウイルスについて心配な方はいますか
- 頭が痛い _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から いいえ
- おなかが痛い _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から はい
- のどが痛い _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から 家族に咳、鼻水、咽頭痛などの症状がある方は
- 耳が痛い _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ いますか？
- 発疹 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から いいえ
- 便秘 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から はい
- ゼーゼー、ヒューヒュー _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から
- 耳の下が腫れている _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から
- 食欲がない _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から
- その他の症状 (_____)
- 周囲でなにか流行っていますか (RSウイルス・インフルエンザ・ようれん菌・手足口病・水ぼうそう・嘔吐・下痢・その他)

②食べ物やお薬でアレルギーがありますか？ある場合には何にアレルギーがあるかお書きください。
ない ある (_____)

③お薬について・・・
薬は何でも飲む 薬は苦手
できればシロップが良い できれば粉薬が良い できれば錠剤が良い

④最近かかった病気があれば教えてください。
ない ある (_____)

⑤他の病院で内服している薬はありますか？ (今日お薬手帳は ある ない 作って欲しい)
ない ある (_____)

⑥保育園、幼稚園、学校について教えてください。 (未入園)
(_____ 保育園 _____ 幼稚園 _____ 小・中・高等 学校)

⑦お薬やレントゲン検査の関係で、妊娠可能な年齢の 女性 の方にお聞きします
妊娠していない 妊娠している 授乳中

※もう1枚あります、ご記入お願いします

⑧生育歴について教えてください

- ・妊娠中や出産時の異常はありましたか？ ない ある（ ）
- ・お生まれになったのは 在胎 _____ 週 _____ 日 ・生下時体重 _____ g
- ・首がすわったのは _____ か月 ・寝返りは _____ か月 ・お座り _____ か月
- ・一人歩き _____ 才 _____ か月 ・人見知りはありますか？ ある ない
- ・初めて言葉を話したのは _____ 才 _____ か月 ・2語文を話したのは _____ 才 _____ か月

⑨今までかかったことのある病気について教えてください。

- 突発性発疹 おたふく 水ぼうそう RS ウイルス 手足口病 アデノウイルス
- りんご病 はしか 風疹 ロタウイルス胃腸炎 ノロウイルス胃腸炎 中耳炎
- ちくのう 肺炎 気管支炎 喘息様気管支炎 尿路感染症 川崎病
- 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 てんかん 溶連菌
- 熱性けいれん（最近 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃） ・その他（ _____ ）

⑩受けたことのある予防接種にチェックしてください。

- BCG 三種混合（1期1回目 1期2回目 1期3回目 追加） 二種混合（2期）
- 四種混合（1期1回目 1期2回目 1期3回目 追加） おたふく 水ぼうそう（1回目 2回目）
- 生ポリオ（1回目 2回目） 不活化ポリオ（1回目 2回目 3回目 追加）
- 今季インフルエンザワクチン（1回目 2回目） 麻疹・風疹混合（MR）ワクチン（1期 2期）
- ロタリックス（1回目 2回目） ロタテック（1回目 2回目 3回目）
- 肺炎球菌（1回のみ 1期1回目1期2回目1期3回目追加） B型肝炎（1回目 2回目 3回目）
- Hib ワクチン（1回のみ 1期1回目1期2回目1期3回目追加） 麻疹単独 風疹単独
- 日本脳炎（1期1回目 1期2回目 1期追加 2期） その他（ _____ ）

⑪ご家族の喫煙の有無について教えてください。

- 父：なし・あり（ _____ 本/日：家では吸わない）
- 母：なし・あり（ _____ 本/日：家では吸わない）

⑫当院のことは何を通してお知りになりましたか？

- 知り合いに紹介された 家族が通院している 近くに住んでいる 広告（タウン誌 日刊紙）
- ホームページ NTT タウンページ 北見市役所内の CM その他

⑬本日一緒に来ている方 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 その他（ _____ ）

ありがとうございました。

(カルテNo. _____)

新 患 受 付 書

※太枠内をご記入ください。

ふりがな _____

お 名 前 _____

男 ・ 女

住 所 〒 _____ ※マンション名等もご記入下さい。

電話番号 自 宅 (_____) _____

携 帯 (母・父) _____

※過去に家族で受診された方はいらっしゃいますか? はい ・ いいえ

(“はい”の方は過去に受診されたご家族のお名前をご記入お願いいたします。)

お 名 前

(_____)

滞在先あるいは帰省先のある方はこちらにもご記入おねがいます

住所:

電話番号: