

小児科

ふりがな	性別	生年月日	紹介状
患者氏名	男・女	年 月 日	あり・なし
〒		保護者名	続柄(長男・長女など)
住所			
連絡先①	-	続柄()	手帳の有無
連絡先②	-	続柄()	身体障害者手帳・療育手帳

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おります。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いたします。

下記項目に同意される方は口に✓を記入してください
 マイナ保険証による診療情報取得に同意します

受診のきっかけ

1. 受診した理由や、相談したい内容を記入してください

2. 1のことでこれまでに受診や相談をしたことはありますか？

はい () 相談したところでの診断や方針があればご記入ください

いいえ () 例) 経過観察、療育など

これまでの成長発達について

1. 妊娠中の異常はありましたか？

はい ()

いいえ

2. 出生時の異常はありましたか？

はい ()

いいえ

3. 今までに入院したことや大きな病気にかかったことはありますか？

はい ()

いいえ

4. 現在、通院している病院はありますか？

はい ()

いいえ

5. 定期的に服薬しているお薬はありますか？

はい ()

いいえ

6. 聴力や視力の異常を指摘されたことはありますか？

はい ()

いいえ

裏面の記入をお願いします✽

7. 今までに薬や食品でアレルギー症状が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか？
はい ()
いいえ

8. 今までの健診で何か指摘を受けたことがありますか？
はい (いつ: 内容:)
いいえ

9. 発育歴について教えてください。下記の項目ができるようになった月齢をご記入ください。

首がすわる	歳	ヶ月	握まり立ちをする	歳	ヶ月
寝返りをする	歳	ヶ月	伝い歩きをする	歳	ヶ月
お座りをする	歳	ヶ月	一人歩きをする	歳	ヶ月
四つばいをする	歳	ヶ月	始語	歳	ヶ月

1. こども園や幼稚園の利用はしていますか(していましたか)？
はい (利用している・利用していた) → 加配の先生 あり・なし
いいえ(利用していない・利用していなかった)

2. 児童発達支援事業(例:児童デイや放課後デイ)や訪問看護、訪問リハビリの利用はしていますか(していましたか)？
はい (利用している・利用していた)
いいえ(利用していない・利用していなかった)

3. 小学生以上の方のみお答えください。在籍する教室をお選びください。
通常学級・通級指導教室併用・支援学級・支援学校

現在の様子について

下記の項目について、簡単にお答えください。

性格	
得意・好きなこと	
苦手・嫌いなこと	
習い事・クラブ活動	
登園・登校状況 (○で囲んでください)	登園・登校していない 休むことが多い あまり休まない

家族構成について

生年月日が不明な場合は、年齢だけでも構いません。同居している方はそれぞれ○で囲んでください。

			兄・姉(年 月 日)
祖父(歳)	}	父(歳)	兄・姉(年 月 日)
祖母(歳)		(年 月 日)	
			— 本人
祖父(歳)	}	母(歳)	弟・妹(年 月 日)
祖母(歳)		(年 月 日)	
			弟・妹(年 月 日)

ご記入ありがとうございました。
受付窓口へ提出して下さい。

