

初めての方は、この用紙に記入し、保険証を一緒に受付にお出し下さい

初診時間診表 [小児科] 【来院日 年 月 日】

フリガナ		男 ・ 女	江北生協診療所をどこでお知りになりましたか？ ○をつけて下さい。 1. 以前から知っていた 2. 紹介された 家族（ ）知人（ ）さんに 3. インターネットのホームページを見て 4. 東京ほくと（法人機関紙）を見て 5. バスの車内案内で 6. その他（ ）
名前			
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 () 才 () ヶ月		
住所	区(市) (町) 丁目 番 号 マンション名・荘 ()		あなたは東京ほくと医療生協に 1. 加入している 2. 加入していない 3. わからない
電話	自宅 () 連絡先 () 携帯・職場		

あてはまるものに○で囲み記入してください。

●いつから、どのような症状ですか？ 体温 _____℃ 体重 _____g・kg

●今までかかった病気

熱性けいれん 突発性発疹 気管支喘息 川崎病 その他

入院 _____ 手術 _____

その他 _____

●受けた予防接種

BCG ポリオ MR 四種混合(DPT-IPV) 三種混合(DPT) 二種混合(DT) 日本脳炎

水ぼうそう おたふくかぜ ヒブ(アクヒブ) 小児肺炎球菌(フレバナー)

子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル) その他()

●アレルギー なし あり (薬 _____ 食べ物 _____)

●家族・生活

現在通っているのは _____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

同居家族：父 母 祖父 祖母 兄 姉 弟 妹 その他()

家では _____ 人兄弟の _____ 番目

ペットはいますか？ いない いる(_____)

●家族に次のような人はいますか？

熱性けいれん てんかん 気管支喘息 アトピー じんましん

いない いる(_____)

●たばこを吸う人はいますか？ いない いる(_____)

●その他に伝えておきたい事、相談したい事があればご記入下さい。

*この情報は診療以外には使用しません。個人情報保護法に基づき適切に取り扱いさせていただきます。

当診療所は、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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)を算定しています。加算 1:4 点 加算 2:2 点(マイナ保険証の利用)

