

小児科呼吸器外来

初診時間診票

記載日： 年 月 日
記入者： _____ 関係： _____

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせていただきます。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

同意します 同意しません

フリガナ： _____

お名前： _____ 年齢： _____ 性別： _____

出生は (週 日) 体重 (g) 身長 (cm)

1. 紹介病院： _____

2. 病歴

いつからどのような症状がありますか？

一番心配なことはなんですか？

3. 既往歴

今までにかかったことのある病気があれば教えてください。

4. その他

現在使用しているものがあれば、☑を付けてください。

人工呼吸器 (終日 夜間のみ 感冒時のみ)酸素 (終日 夜間のみ 感冒時のみ 家にあるのみで使用なし)SpO2 モニター気管切開 (サイズ： _____)胃瘻経管栄養

飲んでいるお薬があれば教えてください

主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください(_____ ☎ _____)

5. ご家族の構成、健康状態についてご記入ください。同居家族を○で囲んでください。

父 (歳)

母 (歳)

本人			
妹・姉・弟・兄 (歳)	集団保育	あり・なし	
妹・姉・弟・兄 (歳)	集団保育	あり・なし	
妹・姉・弟・兄 (歳)	集団保育	あり・なし	
妹・姉・弟・兄 (歳)	集団保育	あり・なし	

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。