

初めて来院された方へ

当院ではご本人もしくはご家族の同意なく、第3者への情報提供は行いません。

下記の項目にご記入もしくは○で囲んでください。

令和 年 月 日

ふりがな

お名前

様

男・女

昭・平・令 年 月 日生 (歳 ヶ月)

〒

ご連絡先電話 ①携帯

②ご自宅

ご住所

体重: kg

1. 今日どのようなことでこられましたか。

発熱 (いつから 最高 度くらい。 本日の最高 度くらい)

せき 鼻水 たん ぜいぜい のどの痛み 下痢 吐き気 嘔吐 腹痛 頭痛

発疹 ()

その他

[Empty box for additional symptoms]

2. 現在、通園・通学していますか。 いいえ はい ()

3. ご兄弟はいらっしゃいますか。 いいえ はい

4. ご家族・周囲の方で最近もしくは本日、特別な急性疾患の方はいらっしゃいますか?

5. 出生時に異常があった場合はお教えてください

6. 今までに受けた予防接種に○を付けてください。

*BCG

*生ポリオ経口 () 回

*不活化ポリオ注射 () 回 追加接種

*三種混合1期 () 回 追加接種

*二種混合

*四種混合1期 () 回 追加接種

*B型肝炎 () 回

*肺炎球菌1期 () 回 追加接種

*ヒブ1期 () 回 追加接種

*麻疹風疹混合 (MR) *はしか単独 *風疹単独 *みずぼうそう *おたふくかぜ

*その他 ()

7. 今までにかかったことのある病気に○を付けてください。

*はしか *風疹 *みずぼうそう *おたふくかぜ *溶連菌感染症

*けいれん (いつ 発熱の有 無) *心臓病

他の大きな病気 ()

入院されたことはありますか。有 ()

8. 次のアレルギー性疾患について指摘されたことはありますか。

*小児喘息 *アトピー性皮膚炎 *鼻炎 *食物アレルギー ()

*薬のアレルギー 有 ()

*アレルギー検査されている場合の結果 ()

9. 次の病気について、ご家族内にいらっしゃるものに○を付けてください。

*アレルギー性疾患 () *心臓病 *肝臓病 *腎臓病 など

7. 現在、他の病医院の薬をお飲みですか ()

その他、ご心配なこと、お聞きになりたいことをお教えてください。

[Empty box for other concerns]