

初めて来院された方へ

(下記の項目にご記入もしくは○で囲んでください。)

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 様 男・女

明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ ご連絡先電話 ( )

ご家族構成について

父 健康状態 良好 否 ( )

母 健康状態 良好 否 ( )

お子さんの兄弟姉妹 健康状態 良好 否 ( )

健康状態 良好 否 ( )

1. 今日は何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 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

2. 出生時に異常があった場合はお教えてください

3. 今までに受けた予防接種に○を付けてください。

\*BCG \*ポリオ ( ) 回 \*三種混合1期 ( ) 回 追加 \*二種混合

\*麻疹風疹混合 \*はしか \*風疹 \*みずぼうそう \*おたふくかぜ

\*その他 ( )

4. 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 \*腎炎

\*溶連菌感染症 \*けいれん (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 ( )

5. 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 \*結膜炎 \*食物アレルギー

\*薬のアレルギー 有 ( )

6. 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。

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。