

はじめて受診される方へ

記入日 年 月 日 ()

フリガナ お名前	(男・女) 様	生年月日 才 カ月 年 月 日	体重 kg	体温 ℃
ご住所 〒		お電話		
自宅:				
携帯:				

当院を何でお知りになりましたか？ チェックして下さい。

- 広告（看板・香櫃館通信） ホームページ 兄弟が受診している
 知り合いからの紹介 他の医院からの紹介 その他 ()
 () () ← 差し支えなければ、記載下さい

1) いつからどのような症状がありますか？

- 発熱 (日前から 時間前から)
 咳・痰 (日前から 時間前から)
 鼻みず・鼻づまり (日前から 時間前から)
 のどの痛み (日前から 時間前から)
 喘鳴・ゼイゼイ (日前から 時間前から)
 腹痛 (日前から 時間前から)
 嘔吐 (日前から 時間前から)
 下痢 (日前から 時間前から)
 頭痛 (日前から 時間前から)
 発疹 (日前から 時間前から)
 けいれん (時 分頃)

その他 ()

* この症状で他の医師の診察を受けましたか？ はい (月 日) ・いいえ
 その際、お薬をもらいましたか？ はい (日分) ・いいえ

* 最近、幼稚園・保育所・学校・塾・サークル・近所などで、流行している病気が
 ありますか？ ○印をつけて下さい。

- [かぜ 胃腸炎 みずぼうそう おたふくかぜ はしか 風疹
 手足口病 ヘルパンギーナ プール熱 りんご病 インフルエンザ
 溶連菌感染症 その他 ()]

* この他の病気で通院していますか？

通院している場合はその病名を記入して下さい。 ()
 飲んでいる薬の名前等が分かれば、記入して下さい。 ()

お薬手帳があれば見せて下さい。

2) 今まで受けたワクチンに○印をして下さい。

- ロタ (1回、2回、3回) BCG
ヒブ (1回、2回、3回、4回)
肺炎球菌 (1回、2回、3回、4回)
四種混合 I期 (1回、2回、3回) 追加 II期
三種混合 I期 (1回、2回、3回) 追加 II期 二種混合
不活化ポリオ (1回、2回、3回、追加) 生ポリオ (1回、2回)
麻疹風疹混合 (MR) 水痘 おたふく 麻疹 風疹
日本脳炎 I期 (1回、2回) 追加 II期
子宮頸癌 (1回、2回、3回)
インフルエンザ (年 月頃)
その他 ()

3) 今までにかかった病気に○印をして下さい。

- 突発性発疹 麻疹 風疹 水痘 おたふく
喘息 アトピー 熱性けいれん その他のけいれん疾患
その他 ()
- 4) 妊娠中、何かありましたか? 正常 異常 ()
- 5) 出産時は何かありましたか? 正常 異常 ()
出生時体重 () gr
- 6) 今までの発育・発達はどうですか?
気になる点 ()
- 7) アレルギーはありますか? 無 有
有りの場合 疾患 (アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・喘息・アレルギー性鼻炎・
アレルギー性結膜炎・食物アレルギー・
食品 (卵・牛乳・)
薬品 ()
その他 ()
ペットを飼っていますか? (無・有 ⇒ イヌ、ネコ、その他)
- 8) ご両親は喫煙されますか? 吸わない 吸う (父、母、祖父、祖母、
- 9) ご家族のご病気についてあてはまるものがあれば○印をして下さい。
喘息 アレルギー 腎臓病 糖尿病 心臓病 けいれん
高血圧 結核 その他 ()
- 10) その他ご心配な事や聞きたい事がありましたら、お書き下さい。

ご記入ありがとうございます。 ご診察まで今しばらくお待ち下さい。

