

フリガナ

お名前: _____ 性別: 男・女 生年月日: _____ 年 月 日

ご住所: (〒 _____)

電話番号: _____

《緊急連絡先》 ※上記の電話番号以外の連絡先をご記入ください

フリガナ

お名前: _____ 続柄: _____ 電話番号: _____

◎当院を知ったきっかけを教えてください (○をつけてください)

他院からの紹介 ホームページ 広告 (チラシ/電柱) ご自宅から近い
ご紹介 (_____ さま) その他 (_____)

■本日はどうなさいましたか? (○をつけてください) [体温 °C・体重 kg]

発熱 のどの痛み 咳 痰 鼻水 喘息 関節の痛み 体がだるい
頭痛 めまい 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 便秘
発疹(ポツポツ) 湿疹・かぶれ 耳の下の腫れ・痛み 紹介状あり

その他 (_____)

■いつ頃からですか? _____ から

■そのことで他の医療機関にかかりましたか?

いいえ ・ はい →そこではどのような説明を受けましたか?

(_____)

■現在飲んでいるお薬はありますか? お薬手帳をお持ちの方は、ご提出ください

なし ・ あり →どのようなお薬ですか?わかる範囲で種類、量をご記入ください

(_____)

■今までに大きな病気、ケガ、手術などの経験はありますか?

なし ・ あり →時期と内容を教えてください

いつ頃 (約 _____ ヶ月前/約 _____ 年前)

内容 (_____)

⇒ 裏面もあります

■薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

なし ・ あり →種類と、その時に出た症状を教えてください
種類 ()
出た症状 ()

■現在、保育園や幼稚園に通っていますか？

いいえ ・ はい →園名 ()

■ご家族で、たばこを吸う方はいますか？

いいえ ・ はい →どなたが吸っていますか？ ()

■今までに受けた予防接種について、教えてください (○をつけてください)

B C G ヒブワクチン 肺炎球菌 四種混合(D P T + I P V)
三種混合(D P T) 二種混合(ジフテリア+破傷風) 生ポリオ 不活化ポリオ
MR(麻疹+風疹) 日本脳炎 水痘 おたふく B型肝炎
ロタウイルスワクチン その他 ()

■ご家族について、お聞かせください

続柄	性別	年齢	かかったことのある病気、アレルギーなど
父			
母			
兄弟	男・女		
	男・女		

■育児に関する悩み事や相談事がありましたら、ご記入ください

.....

.....

ご協力ありがとうございました