

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。