

初来院時間診票

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	体 重	
氏 名		男	kg	
		女		
生年月日	S. H	年	月	日
歳(ヶ月)				
郵便番号 〒 —				
住 所				
電話番号 (— —) 別:連絡先				

①本日の問題点は？

発熱、せき、鼻汁、はきけ、下痢、腹痛、頭痛、咽頭痛、発疹
その他()

②それはいつから？

③在胎週数 () 週

分娩は(正常・異常)
異常の場合その内容は？ ()

④今まで大きな病気をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

はい、の場合その病名は？ ()

⑤現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

はい、の場合その病名は？ ()
内服中の薬は？ ()

⑥アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

はい、の場合原因は？ ()

⑦下記の疾患はお済みですか？

はしか (未・済み・ワクチンのみ)	風疹 (未・済み・ワクチンのみ)
おたふくかぜ (未・済み・ワクチンのみ)	水痘 (未・済み・ワクチンのみ)

⑧下記の予防接種はお済みですか？

BCG (未・済み)	ポリオ (未・済み)
三種混合 (未・済み)	水痘 (未・済み)
日本脳炎 (未・済み)	

⑨家族構成は？

父 :	歳	健康	・	治療中の病名	()
母 :	歳	健康	・	治療中の病名	()
子 :	歳	健康	・	治療中の病名	名前 ()
子 :	歳	健康	・	治療中の病名	名前 ()