

診察申込 ・ 問診票

受診年月日 ()

フリガナ

なまえ () 生年月日 (年 月 日) (男・女)
住所 〒 (-)

自宅電話番号 () 緊急時連絡先・携帯 ()
どうされましたか？ (例 昨夜から 39°Cの熱がある、1週間前から咳がある)

出生時の体重 (g) 最近の身長・体重 (cm kg)
出生時の異常 (なし あり・・・具体的には)
乳児期の栄養 (母乳 混合 人工乳)
その後の発達 (異常なし 問題があればそれは？)
薬のアレルギー、副作用 (なし あり・・・薬の名前は)

今までかかった病気に○をつけてください

ひきつけ 水ぼうそう 肺炎 突発性発疹 RSウイルス感染症
おたふくかぜ 中耳炎 ちくのう症 喘息 その他 ()
アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 食物アレルギー ()

それらの病気で現在どちらかの病院におかかりですか？ (病院名)

今までに受けた予防接種に○をつけてください

四種混合 三種混合 ポリオ ヒブ 肺炎球菌 BCG ロタ B型肝炎
MR おたふくかぜ 水ぼうそう 日本脳炎

何人兄弟の何番目ですか () 人兄弟の () 番目 ペットが (いない・いる)

どなたか兄弟姉妹で当院にかかっておられますか (名前 年齢 歳)

1ヶ月以内に家族が感染症になりましたか (いいえ・はい・・・病名は)

通園、通学中の保育園・幼稚園・学校名などを記入して下さい。 ()

家族(父母、兄弟)に次のような病気があれば○をつけてそれが誰であるかを書いてください。

生まれつきの異常 ()、結核 ()、喘息 ()、

アトピー性皮膚炎 ()、花粉症 ()、けいれん ()

質問に答えていただいたのはどなたですか？ (母、父、祖母、祖父、)

お薬手帳や処方の説明書があればみせてください。 ありがとうございます。

ご意見、ご希望、院長に伝えておきたいことがあれば、ご自由にお書きください。