

## 初診申込書

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	年	月	日( 歳)
住所	〒		
電話番号	自宅 ( )	携帯番号 ( )	
<p><b>今までにかかった病気に○をつけてください。</b></p> <p>突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・喘息・RS ウイルス・肺炎・熱性けいれん          心臓病・てんかん・アトピー性皮膚炎・その他( )</p>			
<p><b>予防接種について、受けた予防接種すべてに○をつけてください。</b></p> <p>B型肝炎( 1・2・3回 )・ロタ生ワクチン( 1・2回・( 3回 ) )          ヒブ( 1・2・3回・追加 )・肺炎球菌( 1・2・3回・追加 )          四種混合( 1・2・3回・追加 )・BCG          生ポリオ( 回 )又は不活化ポリオ( 回 )・三種混合( 1・2・3回・追加 )          麻疹+風疹 MR( I期・II期 )・水ぼうそう( 1回・2回 )          おたふく( 1回・2回 )・インフルエンザ(※今シーズン)          日本脳炎( I期 1・2回 )( 追加 )( II期 )・二種混合          その他( )</p>			
<p><b>アレルギー情報 : アレルギーはありますか</b></p> <p>あり 食べ物(卵・乳・小麦・大豆・ピーナッツ・そば・その他 )・なし          薬 (薬品名: )</p>			
<p><b>出生時の状態</b></p> <p>出生体重            g 在胎週数        週        日          ( <input type="checkbox"/>正常分娩   <input type="checkbox"/>帝王切開   <input type="checkbox"/>異常分娩( ) )</p>			

● 当院にいらしたきっかけを教えてください

- 知人の紹介・勧め  
  ホームページを見て  
  他院からのご紹介  
  通りがかりに見かけた  
 広告を見た  
 以前かかったことがある  
 その他( )

● その他、ご質問等ございましたらご記入下さい

# 問診票

(再診の方も毎回ご記入をお願いします)

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

体重 \_\_\_\_\_ kg (※体重によって薬の量が変わります)

体温 \_\_\_\_\_ ℃

本日はどのようなご症状で来院されましたか

(いつ頃から: \_\_\_\_\_ 前)

同じご症状で他の病院を受診しましたか

いいえ はい

現在、服用しているお薬はありますか

ない ある →お薬手帳をそえるかお薬のなまえをご記入下さい( \_\_\_\_\_ )

周囲で流行しているものはありますか

ない ある →疾患名: \_\_\_\_\_

感染者との接触はありますか

ない ある →いつ: \_\_\_\_\_ 頃、誰と: \_\_\_\_\_、疾患名: \_\_\_\_\_

※発疹や耳の下の腫れなどのご症状がある方は、必ず受付にお声がけ下さい

☆定期的に処方しているお薬をご希望の方は、薬の名前・何日分希望かを記入して下さい。

(風邪薬等は診察が必要です。)

☆不在だった場合は順番が遅れることがありますので、席を外される等ありましたら受付までお声がけ下さい。

☆問診票のご記入が完了しましたら、受付までお渡し下さい。