

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>今までにかかった病気に○をつけてください。</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>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。</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>アレルギー情報 : アレルギーはありますか</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>出生時の状態</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)

名前 _____

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 性別 男・女

体重 _____ kg 本日の体温 _____ °C

◆本日はどのような症状で来院されましたか	◇看護師記入欄
<input type="checkbox"/> 発熱 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> 咳 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> 鼻水 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> 下痢 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> 腹痛 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> 嘔吐 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> じんま疹 _____ 月 _____ 日 _____ 時ごろから	
<input type="checkbox"/> 喘息症状(ゼーゼーなど)	
<input type="checkbox"/> クループ(ケンケン、オットセイのような咳など)	
<input type="checkbox"/> 肌症状(肌荒れ、湿疹など)	
<input type="checkbox"/> 便秘	
<input type="checkbox"/> アレルギー	
<input type="checkbox"/> 夜尿	
<input type="checkbox"/> 定期薬	
<input type="checkbox"/> その他(_____)	

※当院にて1週間の間で予防接種・健診のご予約はありますか
【 はい・いいえ 】 はい の方 → 【 予約日: _____ 】

※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ください。

周囲で流行しているものはありますか

ない ある →疾患名: _____

◆現在、内服しているお薬があれば医師に直接お薬手帳をご提示下さい。

また、症状によっては当院で診察できない場合がございます。

※マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか 【 はい・いいえ 】

問診票のご記入が終わりましたら、受付までお渡し下さい。