

初診票

(年 月 日)

診察前にお手数ですが、次の質問にお答え下さい。

ふりがな		性別	生年月日	
名前		男・女	平成 令和	年 月 日 (才)
住所	(〒 -)		ご自宅電話番号 携帯電話番号 (間柄 :)	

体重: k g (いつ頃 :)	来院時体温: °C
-------------------	-----------

- どうされましたか (O をつけてください)
 発熱 (最高時 °C) のどの痛み 咳 ぜいぜい
 鼻水 鼻づまり 頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 便秘
 皮膚 (赤み ・ ぶつぶつ ・ 乾燥) (場所 :)
 痛いところがある (場所 :)
 夜尿症の相談 おしっこの相談 身長伸びについての相談
 その他 ()
- * 症状はいつからですか () から
- 保育園・幼稚園名: (市)
- 今までかかったことのある病気
 はしか 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう 百日咳
 けいれん (熱性 ・ てんかん) 突発性発疹 喘息 風邪をひきやすい
 その他 ()
- 入院したことがありますか: なし ・ あり (病名 :)
- 受けたことのある予防接種
 Hib (ヒブ) 小児肺炎球菌 B 型肝炎 ロタウイルス 四種混合
 BCG MR (麻疹、風疹) おたふくかぜ 水ぼうそう 日本脳炎
- 飲んでいるお薬はありますか: ない ・ ある (薬剤名: 病院名:)
- 食べ物やお薬などアレルギーはありますか:
 ない ・ 不明 ・ ある ()
- その他に心配なこと、相談したいことはありますか
 ()

ご記入ありがとうございました。

* 当院を知ったきっかけは? 通りすがり 家が近い 知人の紹介 当院ホームページ
 広告/看板 広報 その他 ()