

初めて受診される方へ

高熱、呼吸困難など緊急の診察の必要な方は受付で申し出てください。

記入日 201 年__月__日

フリガナ _____ 性別 男・女

お名前 _____ 生年月日 平成・昭和 _____ 年__月__日

郵便番号 _____

御住所 _____

電話番号；自宅 _____ 携帯 _____

年齢 _____ 身長 _____ 体重 _____ 体温 °C

- 診察に来られた主な症状は何ですか？
ねつ、せき、はな水、はなづまり、下り、はきけ、腹痛、発疹、
その他（ _____ ）
- いつごろからどのように悪いですか。
（ _____ ）
- この症状ではかのお医者さんにかかれたことがありますか？
なし
あり かかれた病院または診療所はどちらでしょうか？
（ _____ ）
- 家族で同じような症状がある方はいますか
いない いる（ _____ ）
- 今までに、大きな病気にかかったことがありますか。
病名 1, _____ () 歳
2, _____ () 歳
- 生まれたときについて
出生時体重（ _____ ）g、予定日より（ _____ ）週、早い、遅い
分娩時の異常（なし、あり _____ ）
- くすりや食べ物でアレルギーはありますか
ない ある ある場合、種類はなんですか
（ _____ ）
- 今までに受けておられる予防接種
BCG 三種混合 四種混合 ヒブ 肺炎球菌 ポリオ MR
はしか 風疹 ロタ 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 B肝
- 今までにかかった病気
はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹
- 差し支えなければ、当院を受診されたきっかけを教えてください。
1) 知人の話、2) インターネット、3) 看板(電柱)、4) チラシ、5) その他(_____)

※ 麻疹、おたふく風邪、風疹、水ぼうそう、などの“うつる病気”の疑いのある方は申し出てください。 _____

ご協力ありがとうございました。