

来院された方へ

平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	昭・平	年	月	日	生
お名前			被保険者との続柄				
ご住所	〒	—	電話				

体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 今日どのようなことでられましたか

熱 ( 度)、咳、鼻水、下痢、嘔吐、腹痛、発疹、予防接種

その他

・その症状はいつから始まりましたか

2. 出生時のようすについて

在胎 週、出生時体重 g、出生時の状態 (正常・異常)

3. 今まで大きな病気や入院をしたことがありますか

4. 今までに予防接種を受けたか、またはその病気にかかったか教えてください

チェックを入れてください

	予防接種	かかった		予防接種
麻疹 (はしか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ポリオ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> )
風疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	三種混合 (DPT)	1期 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/>
水ぼうそう (水痘)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	四種混合 (DPT-IPV)	1期 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/>
おたふく (ムンプス)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>
麻疹・風疹混合 (MR)	1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/>		ヒブワクチン	初回 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>
肺炎球菌ワクチン	初回 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/>		B型肝炎ワクチン	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ロタワクチン	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ( <input type="checkbox"/> )		日本脳炎	1期 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/>

5. アレルギーに関して(あり・なし)

気管支ぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・じんましん

その他

使ってはいけない薬があれば教えてください ( )

6. ご家族の病気について

大きな病気があれば教えてください

7. よろしければ、どのようにして当クリニックをお知りになったか教えてください

( 駅前の広告、建物の看板、インターネット、友人からの口コミ、タウンページ、その他 )