

初めて来院された方へ

ふりがな		男・女
お名前	様	
生年月日	大 昭 平 令和 年 月 日 (才 ヶ月)	
ご住所	〒 -	
電話番号		

1. 今日はどのようなことで来られましたか？
診察（内科・小児科・精神科）、健診、予防注射、禁煙、その他（ ）
2. どのような症状ですか？ 現在の体温（ °C）最高（ °C）
鼻水、咳、たん、のどの痛み、吐き気、嘔吐、下痢、腹痛、胃痛、頭痛、発しん
その他（ ）
3. いつから始まりましたか？（ ）
4. 今までに大きな病気や入院をした事がありますか？
ない・ある（ ）
5. アレルギーがありますか？
ない・わからない
ある（花粉症・ぜんそく・じん麻疹 ）
6. 薬、注射などで気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？
ない・ある（ 薬品名 ）
7. 最近の体重（ kg） 身長（ cm）
8. 大人の方にお尋ねします
喫煙（ 本/日） アルコール（清酒、ビール、焼酎、その他 ml）

<p>9. ここからは、6才以下の方にお尋ねします</p> <p>◇ 今までに受けた予防接種を教えてください。 三種混合(1・2・3回 追加) 四種混合(1・2・3回 追加) MR (1期・2期) ヒブ (1・2・3回 追加) 肺炎球菌(1・2・3回 追加) B型肝炎(1・2・3回) 水痘(1・2回) 日本脳炎(1・2・3回) おたふく BCG</p> <p>◇ 今までにかかった病気について教えてください。 麻疹 風疹 水痘 おたふく 突発性発疹 ひきつけ 百日咳 その他()</p> <p>◇ 生まれたときの体重 (g) (第 週)</p>
