

初診時間診票

| | | | | |
|------|-------------------------------|--------|----------|-------------------|
| ふりがな | | | ご住所 | 〒 (—) |
| お名前 | | 男 女 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | |
| 電話 | () | 携帯電話 | () | |

大人の方は、「問診 6, 7, 8」の記入をお願いします。

| |
|--|
| 1. 出生時の体重 (妊娠 週 g) |
| 2. 出生時の異常はありますか? いいえ はい () |
| 3. 兄弟・姉妹はいますか いない ・ いる(人兄弟(姉妹)の 番目) |
| 4. 今までかかった病気に○をつけて下さい。 突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ RS 感染症 喘息 ・ 肺炎 ・ その他 () けいれん → 無 有 (けいれん時に発熱 有 無) 最終: 年 月 日 計 回 抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有(薬名:) |
| 5. 食物アレルギーの有無 ない ・ わからない ある(食品名:) |
| 6. 薬に対するアレルギーの有無 ない ・ わからない ある(薬名:) |
| 7. 家族に持病のある方はいますか? ない ・ ある () |
| 8. 麻疹・風疹の接種歴 接種したものに○をつけて下さい。 麻疹風疹(MR) (1 期 ・ 2 期) |

★ 診察内容により順番が前後することがありますがご了承下さい。

小池小児科医院