

診察申込書

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日・年齢		
お名前			昭和 平成	年 月 日	才 ヶ月
ご住所	〒□□□□□□□□		☎		

妊娠中異常	なし・あり ()	分娩異常	なし・あり ()
新生児期	仮死・黄疸・()	生下時体重	g
乳児期の栄養	母乳・ミルク・混合		在胎 週
これまでにかかった病気に○	はしか・風疹・おたふく風邪・百日咳・水ぼうそう・ひきつけ (回、最終 年 月) その他 () 入院歴 なし・あり (病名 年 月)		
済んだ 予防接種に○	BCG・ポリオ (1・2・3・追加)・三種(又は四種)混合 (1・2・3・追加) ヒブ (1・2・3・追加)、肺炎球菌 (1・2・3・追加)、ロタ (1・2・3) B型肝炎 (1・2・追加)、麻しん/風疹混合 (MR) (1・2)、日本脳炎 (1・2・追加・II期) 水ぼうそう (1・2)・おたふく風邪 (1・2)・その他 ()		
薬や注射で副作用がでた事がありますか。	ない・ある ()		
家族 父	才 健・病 ()	飲める薬に○をつけて下さい。 水薬・粉薬・錠剤・カプセル	
母	才 健・病 ()		
兄・弟	才 健・病 ()		
姉・妹	才 健・病 ()		

今日はどのようなことで来院されましたか？

お子さまのお名前 (ひらがなで) _____ 男・女

体重 _____ k g (必ず記入して下さい)

↓ 該当にチェック (レ) をして下さい

- 発熱 _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C
 _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C _____ 月 _____ 日 _____ °C
- 咳 いつから _____ 月 _____ 日 痰 ある・ない 咳あげ ある・ない _____
- 鼻水 いつから _____ 月 _____ 日 ある・ひどい 鼻づまり ある・ない _____
- 下痢 いつから _____ 月 _____ 日 軟便・水様・血便 _____ 回/日 _____
- 嘔吐 いつから _____ 月 _____ 日 _____ 回/日 _____
- 腹痛 いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____
- ゼーゼーいつから _____ 月 _____ 日 ゼロゼロ・ヒューヒュー・ひどい _____
- 発疹 いつから _____ 月 _____ 日 部位 _____ かゆみ あり・なし _____
- 頭痛 いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____
- のどの痛み いつから _____ 月 _____ 日 ある ・ ひどい _____
- その他 (_____)