

# はじめて来院された方へ

年 月 日

患者名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 住所 豊・箕 吹・池

☎ ( )  
☎ ( )

1) “今日” 心配なことはどんなことですか？

発熱 ( °C ) 下痢 嘔吐 腹痛 咳 鼻水 発疹 ( )

発疹の出ている方は必ず受付へお申し出下さい。 (現在の体重 kg)

アレルギー (気管支喘息・アトピー性皮膚炎・その他 )

2) それはいつ頃からおこりましたか？

約 ヶ月前から・約 日前から・約 時間前から

3) 生まれた時の状況を教えてください。(18歳以上の方は記入不要です)

生下時体重 g 出生週数 週

出生時に異常がありましたか？ なし ある ( )

4) 本日受診される方にアレルギーがありますか？あったら○を付けてください。

また、御両親・御兄弟(姉妹)にある場合は◎を付けてください。

アトピー性皮膚炎 気管支喘息 喘息性気管支炎 じんま疹

アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 その他のアレルギー ( )

この項は必ずお書き下さい

5) 食物、薬などで気分が悪くなったり、じんま疹や胃腸障害などを起こした事がありますか？

なし ある (原因と思われる物 )

6) 今までにかかった病気があったら○を付けてください。

はしか 風疹 おたふく 百日咳 水ぼうそう 突発性発疹 熱性痙攣 溶連菌感染症

RSウイルス インフルエンザ

7) 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

なし ある ( )

8) 今、どこかで診てもらっている病気がありますか？

なし ある (病名 )

9) 受けた予防接種に○をしてください。

はしか・風疹混合(1期・2期) ヒブ 肺炎球菌 おたふく 水ぼうそう ロタ B肝

四種混合 1期 ( 回 ) 2期 ポリオ BCG 日本脳炎 インフルエンザ

10) 集団生活をしていますか？

いない いる (施設名 保育園 幼稚園 )  
小学校 中学校 )

11) 当院では漢方薬診療も行なっています。診療希望があれば診察の時に申し出てください。

又、発疹が出ている方や伝染病の疑いのある方は、必ず受付に申し出てください。