

ID

初来院時間診票

受診日 年 月 日

ふりがな		性別 男 女	体 重 kg
氏 名			
生年月日	S・H・R	年 月 日	歳(ヶ月)
郵便番号	〒 -		
住 所			
電話番号 (自宅・父・母)	(- -)	別:連絡先 携帯番号	(父・母)

①本日の問題点は？

発熱、せき、鼻汁、はきけ、下痢、腹痛、頭痛、咽頭痛、発疹
その他()

②それはいつから？

③在胎週数 () 週

分娩は(正常・異常)

異常の場合その内容は？ ()

④今まで大きな病気をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

はい、の場合その病名は？ ()

⑤現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

はい、の場合その病名は？ ()

内服中の薬は？ ()

⑥アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

はい、の場合原因は？ ()

⑦下記の疾患、ワクチンはお済みですか？

はしか (未・済み・ワクチンのみ) 風疹 (未・済み・ワクチンのみ)

おたふくかぜ (未・済み・ワクチンのみ) 水痘 (未・済み・ワクチンのみ)

BCG (未・済み) ポリオ (未・済み)

四種混合 (未・済み) 日本脳炎 (未・済み)

⑧家族構成は？

父 : 歳 健康 ・ 治療中の病名 ()

母 : 歳 健康 ・ 治療中の病名 ()

子 : 歳 名前 健康 ・ 治療中の病名 ()

子 : 歳 名前 健康 ・ 治療中の病名 ()