

# 受診申し込み票（初めての方）

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日 昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 性別 男・女 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

住所 〒 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_ (幼稚園・保育園)

## ☆ 出生歴・既往歴

在胎週数 \_\_\_\_\_ 週、出生体重 \_\_\_\_\_ g

出生時に何か問題はありましたか？ はい いいえ \_\_\_\_\_

今までに病気で入院されたことはありますか？

はい いいえ \_\_\_\_\_

喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病などの既往はありますか？

はい いいえ \_\_\_\_\_

食物アレルギー、薬物アレルギーはありますか？

はい いいえ 食品名・薬品名 \_\_\_\_\_

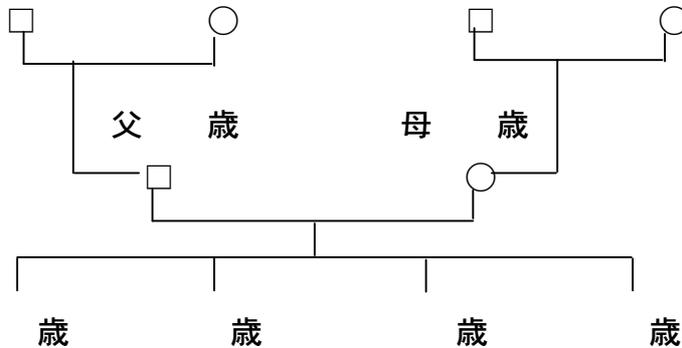
痙攣（けいれん）を起こしたことはありますか？

はい いいえ \_\_\_\_\_ 歳頃から \_\_\_\_\_ 回 使用している薬 \_\_\_\_\_

## ☆ 家族歴

同居されている御家族を御記入下さい。

祖父 歳 祖母 歳 祖父 歳 祖母 歳



本日はどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に✓をつけて下さい。

発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高 \_\_\_\_\_ °C

咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から たん ゼエゼエ その他 ( \_\_\_\_\_ )

鼻水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 水鼻 青鼻 鼻づまり

痛み \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 頭 のど おなか 耳 その他 ( \_\_\_\_\_ )

吐く \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃から \_\_\_\_\_ 回

下痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 1日 \_\_\_\_\_ 回

発疹 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 頭・顔・首 胸・おなか・背中 手足 おしり

その他の症状 \_\_\_\_\_

現在、他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

現在、薬を処方されていますか？ はい いいえ

薬の名前 \_\_\_\_\_