

## 小 児 用

No. \_\_\_\_\_

## 初 診 申 し 込 み 用 紙

年 月 日

|      |                       |
|------|-----------------------|
| フリガナ |                       |
| 氏名   |                       |
| 年齢   | 平成・令和 年 月 日 ( ) 歳 男・女 |
| 住所   | 〒                     |
| 連絡先  | 自宅 ( ) 携帯 ( )         |

## 問 診 表

以下の質問に出来るだけお答え下さい。気分がすぐれず、ご自分で記入できない場合は、受付にお申し出下さい。

今日はどうされましたか。症状を具体的にご記入下さい。

また、その症状はいつ頃からですか。

( )

10日以内に海外旅行をされましたか。

・ない ・ある (国名: )

現在治療中の病気、服用しているお薬 (市販薬等) はありますか。

・ない ・ある ( )

今までに大きな病気で入院、手術をしたことがありますか。

・ない ・ある ( )

今までに薬、注射、食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。

・ない ・ある (薬の名前等: )

今までに熱性けいれんを起こしたことがありますか。

・ない ・ある (それはいつ頃ですか: )

現在の体重は ( ) kg

接種済みの予防接種に○を付けて下さい。

(かかった場合でも○を付けて下さい)

三種混合 (四種混合) ・ポリオ ・BCG ・MR (麻疹 ・風疹) 水ぼうそう ・おたふくかぜ  
ヒブ ・肺炎球菌 ・B型肝炎 ・ロタウイルス

以下の疑いがある場合は○を付けて下さい。

おたふくかぜ ・水ぼうそう ・インフルエンザ ・麻疹 ・風疹

《発疹、発熱の症状がある場合は受付にお申し出下さい。》