

診察の前に記入をお願いします ①

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
平成・令和

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号( \_\_\_\_\_ )- \_\_\_\_\_ -  
携帯 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg、 診察前の体温 \_\_\_\_\_ °C

**1. 症状について簡単にご記入下さい。**

※いつからですか？

本日( \_\_\_\_\_ 時頃より)  昨日より  ( \_\_\_\_\_ ) 日前より  ( \_\_\_\_\_ ) か月前より  
 その他( \_\_\_\_\_ )

※どのような症状ですか？

痛み・けが・はれ・しびれ・かゆみ・しっしん・しこり(部位 \_\_\_\_\_ )  
吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・発熱・息苦しさ・せき・たん・はなみず・はなづまり・のどの痛み  
その他( \_\_\_\_\_ )

\*周囲にうつる病気の方はいましたか？ いいえ ・ はい

病名： おたふく・みずぼうそう・インフルエンザ・その他( \_\_\_\_\_ )

**2. 受けられた予防接種に○をつけて下さい。**

BCG・ポリオ( \_\_\_\_\_ 回)・ロタ( \_\_\_\_\_ 回)・B型肝炎(1回目、2回目、3回目)  
肺炎球菌(1回目、2回目、3回目、追加)・ヒブワクチン(1回目、2回目、3回目、追加)  
三種混合(1期1回、2回、3回、追加)・四種混合(1期1回、2回、3回、追加)  
MR(麻疹と風疹の混合)(1期・2期)  
日本脳炎(1期1回、2回、追加、2期)・二種混合(ジフテリアと破傷風の混合)  
おたふく・水痘・麻しん・風しん・子宮頸がん(1回、2回、3回)

**3. 現在他の病院にかかっている病気や、過去にかかった病気はありますか？** ある ない

突発性発疹・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふく・喘息・肺炎・アトピー性皮膚炎  
その他( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )

現在使っている薬の種類など、わかる範囲でお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

**5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？**はい いいえ

「はい」の方・・・分かれば薬・食べ物の名前( \_\_\_\_\_ )

**6. お薬の種類で飲みやすいものに○をつけて下さい。** (シロップ薬・粉薬・錠剤・カプセル)ご協力ありがとうございました。順番がきましたら、呼びいたしますのでお待ち下さい。