

内科・皮膚科・その他 ()

ご希望の科を○で囲んで下さい

ふりがな		生年	明治 大正 昭和 平成
氏名		月日	年 月 日 (才 ヶ月)
	男・女		
自宅住所			
電話番号	- -	緊急連絡先	- -
勤務・通学先名称		電話	- -
勤務・通学先住所			

●本日受診されたのは？ 症状などお書き下さい (いつから、どのような症状ですか?)

	来院時の体温	℃
	こどもの体重	kg

●現在治療中または以前にかかった病気がありますか？

なし あり → 心臓病・高血圧・糖尿病・甲状腺・喘息・前立腺肥大・緑内障・その他()

●現在、飲んでいる薬・使っている薬はありますか？

なし あり → 薬手帳・薬現物・説明書・(薬品名:)

●薬品・食物・花粉症やその他のアレルギーがありますか？

なし あり ()

●喫煙、飲酒についておたずねします。

飲酒：しない する ときどき 喫煙：しない する ときどき やめた

●女性の方におたずねします。印をつけて下さい。

妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中 前述のいずれでもない

●どこで当院をお知りになりましたか？

ネット検索(PC・スマホ) 通りがかり 会社の紹介・産業医 家族 知人 その他()

★受診が子ども(15才以下)の場合におたずねします。印をつけて下さい。

接種済みの予防接種 タ ポリオ 3種混合(DPT) 4種混合(DPT+ポリオ) MR(麻疹風疹)BCG ヒブ 小児肺炎球菌(プレベナー) 日本脳炎 おたふく 水ぼうそう その他()現在治療中または以前にかかった病気 なし あり → 突発性発疹・麻疹(はしか)・風疹・水ぼうそう・おたふく・百日咳・マイコプラズマ・喘息・熱性けいれん・虫垂炎・その他()