

# 診療申込書

カルテ番号					
記入日 年 月 日					
患者氏名					
生年月日 昭平 年 月 日 ( 歳 カ月 )					
住所	〒            区 (            )            局            番				
連絡先	Tel (            )            局            番				

## 初診問診表

体温 (            °C )

生まれた時の体重 <            > g

現在の体重 <            > g

●今日はどうしましたか

- (    ) 発熱 (    ) 咳 (    ) 鼻水
- (    ) 喘鳴 (    ) 嘔吐 (    ) 下痢
- (    ) 腹痛 (    ) 発疹 (    ) ひきつけ
- (    ) ミルクを飲まない、ごはんを食べない
- (    ) その他 (    ) アレルギー

●今まで大きな病気をしたことがありますか

- (    ) いいえ
- (    ) はい

(    . 才 :            . 才 :            )  
  . 才 :            . 才 :            )

●今までに下記の病気になったことがありますか

- (    ) 麻疹 (    ) 水ぼうそう (    ) 風疹
- (    ) おたふくかぜ (    ) 百合咳 (    ) 猩紅熱
- (    ) 喘息 (    ) アトピー性皮膚炎 (    ) アレルギー性鼻炎
- (    ) けいれん

●薬や注射で具合が悪くなったことがありますか (アナフィラキシー反応)

- (    ) いいえ (    ) はい

●この予防接種はうけましたか

- (    ) ツ反 (    ) BCG (    ) 三種混合 1 期 MR (第一期、第二期)
- (    ) 三種混合 (    ) ポリオ (    ) 麻疹
- (    ) 水ぼうそう (    ) おたふくかぜ

●希望のみ薬 (シロップ、粉薬、錠剤)

●薬を飲んでアレルギーになった事がありますか

札幌でむら小児クリニック