

ふりがな					性別	男・女
氏名						
生年月日	平・令	年	月	日	(歳	ヶ月)
住所	〒 _____					
電話	(_____) _____					
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

- ◆ 紹介状をお持ちですか？ ある ない 病院名 _____
- ◆ 当院をお知りになったきっかけ 知り合いから聞いて(_____ 様) 自宅・職場に近い
インターネット 看板 情報センター その他(_____)
1. いつ頃から、どのような症状がありますか？
 本日から ・ (_____)日前から ・ (_____ ヶ月)前から
 症状： _____
2. 今までにかかった病気を○で囲んでください。またそれはいつ頃ですか？
 はしか (_____ 頃) ・ 百日咳 (_____ 頃) ・ 風疹 (_____ 頃)
 水ぼうそう (_____ 頃) ・ おたふくかぜ (_____ 頃)
 突発性発疹 (_____ 頃) ・ その他 (_____ 頃)
3. 今治療を受けている病気がありますか？ また内服しているお薬があればご記入ください。
 ない
 ある 病名 (_____)
 内服薬 (_____)
4. 今までにお薬や注射で何か異常を起こしたことがありますか？
 ない
 ある (_____)
5. 今までに食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？
 ない
 ある (_____)
6. 今までに受けた事のある予防接種に印を付けてください。
 () BCGワクチン () ポリオワクチン () 3種混合ワクチン
 () MRワクチン () 麻疹ワクチン () 風疹ワクチン
 () 日本脳炎ワクチン () 水ぼうそうワクチン
 () インフルエンザワクチン「今期」 () その他 _____
7. その他、ご相談したいことがあればお書きください。
 { _____ }