

はじめての方に

フリガナ	男 女	生年月日
氏名		M・T・S・H 年 月 日生
〒 -	住所	
電話 ()	体温	℃

1. いつからどんな症状がありますか

()

2. 今まで次の病気をしたことがありますか

- ① ある 糖尿病・高血圧・心臓病・結核・ぜんそく・肝臓病・胃・十二指腸潰瘍
前立腺肥大・花粉症・緑内障・その他 ()
- ② ない

3. 現在、他の医院、病院にかかっていますか

- ① かかっている (病名:) 病院名:)
- ② かかってない

4. 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーがでたことはありますか

- ① ある ()
- ② ない

5. たばこは吸いますか

- ① はい (本/日) ② いいえ (年前にやめた)

6. お酒は飲みますか

- ① はい (一日に酒 /合 ビール /本)
- ② いいえ

7. 女性の方へ、妊娠している可能性はありますか

- ① はい (最終月経 月 日) ② いいえ

8. 12才以下の方へ、今までに予防接種を受けたことがありますか

四種混合・ポリオ・湿疹・風疹 (MR)・おたふくかぜ・BCG・水痘
日本脳炎・ロタ・ヒブ・肺炎球菌

9. 12才以下の方へ、今までに次の病気にかかったことがありますか

麻疹 (はしか)・風疹 (三日はしか)・水痘 (みずぼうそう)・流行性耳下腺炎 (おたふく)
突発性発疹・ひきつけ

10. 12才以下の方へ、体重 () kg

11. その他希望事項がありましたらお書き下さい