

カルテ No _____

初診申込書

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	歳
住所 電話	〒 _____ TEL①(_____) _____ TEL②(_____) _____	

1. いつから、どのような症状がありますか？

いつから _____
どのような (ねつ _____ °C、せき、頭痛、腹痛、もどす、げり、発しん、ひきつけ)
その他 _____

2. 今までにかかった**病気**は？

(はしか、みずぼうそう、ふうしん、おたふくかぜ、ぜんそく、ひきつけ)
その他 _____

3. 今までに受けた**予防接種**は？

(ヒブ _____ 回、肺炎球菌 _____ 回、四種混合 _____ 回、BCG、MR _____ 回、日本脳炎 _____ 回)
(B型肝炎 _____ 回、ロタ _____ 回、みずぼうそう _____ 回、おたふくかぜ _____ 回)

4. くすりや、たべもので**発しん**が出たり、**アレルギー**を起こしたことは？

なし、あり→ (_____)

5. 同居している人でたばこを吸う人はいますか？ また一日に何本吸いますか？

なし、あり→ (父 _____ 本、母 _____ 本、祖父 _____ 本、祖母 _____ 本、その他 _____ 本)

☆ つぎは5歳以下の方だけお答え下さい

生まれたときの体重は (_____) g
うぶごえはすぐ (あげた、あげなかった) 新生児黄疸 (ふつう、ひどかった)
栄養方法 (母乳、混合、ミルク)