

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)