

フリガナ

生年月日: T . S . H

名 前: _____ 男 ・ 女 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 〒 _____ (満 歳 _____ 月)

住 所: _____
 (緊急連絡先)

電 話: _____

身 長 (_____) cm 体 重 (_____) kg 保育園
 KT (_____ °C) 幼稚園
 学 校

1. 今日受診された症状についてお聞かせ下さい。

発熱 咳 喘鳴 鼻水 嘔吐 下痢 発疹 その他 (_____)
いつからの症状ですか?

[_____]

2. 今飲んでいる薬はありますか? はい いいえ

※どのような薬ですか?

[_____]

3. 今治療中の病気はありますか? はい いいえ

[_____]

4. 妊娠、分娩時に何か異常はありましたか? はい いいえ

[_____]

5. アレルギーはありますか? はい いいえ

食 品 (_____)

薬 (_____)

6. 今まで受けた予防接種を教えてください。 ※ ○でお答えください

- ◆肺炎球菌: プレバナー (_____ 回) ◆インフルエンザ (_____ 年 _____ 月頃)
- ◆ポリオ (1回目 2回目) ◆三種混合 (DPT) 1期 (1回目 2回目 3回目 追加)
- ◆ムンプス (おたふく) ◆日本脳炎1期 (1回目 2回目 追加)
- ◆ヒブワクチン (_____ 回) ◆MRワクチン1期 (1回目 2回目)
- ◆水痘 ◆子宮頸がん (1回目 2回目)

7. 今までにかかったことのある病気を教えてください。

[_____]

8. どちらで当院を知りましたか?

インターネット 知人の紹介 通りがかり チラシ 電話帳 看板 その他 (_____)

9. 処方箋のFAX送信をサービスを利用しますか? はい ・ いいえ

送信先薬局名 (_____)

◆◇ ご協力ありがとうございました ◆◇

ほがらか★クリニック