

■ 診察医の希望 特になし・みやこ医師・ぎょうけい医師

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

1～4は、初めて受診される方のみお答えください。

住 所	〒	T E L	
ふりがな 名 前	男・女	体重 Kg
生年月日	S・H 年 月 日 歳	幼稚園・保育園・小・中学校	年

1. 今までに入院したことがありますか？

はい (病名)

いいえ

2. 今までに受けた予防接種はありますか？

口タ ヒブ 肺炎球菌 三種混合 四種混合 BCG ポリオ
麻しん風しん混合ワクチン みずぼうそう おたふくかぜ B型肝炎

3. 食物アレルギーはありますか？

あり ()

なし

4. 今までに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか？

あり ()

なし

5. 今日はどうされましたか？ 診察 ・ 予防接種 ・ 健診

診察の方は、次の質問に○印をつけ、お答えてください。

いつから、どんな

熱 () 現在の体温 (度)

咳 ()

鼻水 ()

嘔吐・吐き気 ()

腹痛 ()

下痢 (回 / 日)

発疹 ()

その他の症状 ()

お薬手帳のある方は、診察室にてお見せください。