☆はじめて受診される方へ☆

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●今日はどのように具合が悪くて来院されましたか？

その他 →　●予防接種　●健診　●医師に相談希望

●最近の身長と体重、病院に来る前の体温をわかりましたら教えてください。

・身長（　　ｃｍ）　・体重（　　ｋｇ）　・体温（　　℃）

●今までに注射・薬・食べ物などで発疹や具合が悪くなったことがありますか？

・ない

・ある →（薬品名　　）

（食物名　　）

●今までに何か大きな病気で治療を受けたことがありますか？

・ない

・ある →（病名　　）

●今飲んでいる薬はありますか？　※お薬手帳・薬局の説明用紙があれば、問診時にお見せ下さい。

・ない

・ある →（薬品名　　）

●出生時の状況についてお尋ねします。わかる範囲でご記入ください。

・出生時の体重（　　ｇ）　・身長（　　ｃｍ）

●予防接種についてお尋ねします。済んでいるものに○をつけてください。

・四種混合　・ジフテリア破傷風２期　・はしか風疹混合１期、２期

・水ぼうそう　・おたふく　・ヒブ　・肺炎球菌　・ＨＢワクチン（Ｂ型肝炎）

・ロタウイルスワクチン（ロタテック　/　ロタリックス）　・ＢＣＧ　・日本脳炎

※ ジフテリア破傷風２期は小学６年生の時に受ける予防接種です。

※ 麻疹風疹混合１期は１歳～２歳、２期は年長組(６歳)の時に受ける予防接種です。

●薬の種類の希望はありますか？

・シロップ　・粉　・錠剤　・どれでも服用可能

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

・家族が受診している　・知人の紹介　・他院の紹介　・その他（　　）

●その他

・２週間以内に新型コロナの流行地域へ行きましたか。（ はい ・ いいえ ）

・２週間以内に家族、同僚、友人に新型コロナ陽性者がいましたか。（ はい ・ いいえ ）

・味が違う、においがしない等の症状がありますか。（ はい ・ いいえ ）

●ご希望などありましたらお書きください。