

予 診 票

年 月 日

ふりがな

お名前

男 女 年齢: 才 ヶ月 体重 kg

住所 〒 -

連絡が必ずとれる電話番号

()

●どこが、どのように悪いのですか？

●体温

℃

●いつ頃から悪くなりましたか？（発熱の方: 日 時頃～）

（ 日前）

【小児～中学生までの方へ】

●次の病気にかかったことがありますか？

- 突発性発疹症 けいれん（ひきつけ）
喘息性気管支炎 喘息 アトピー性皮膚炎
じんましん 中耳炎 心臓病 腎臓病
川崎病 溶連菌感染症
その他（ ）
特に無し
アレルギー疾患（ ）

●兄弟姉妹は全部で何人で、受診するお子さんは何番目ですか？ 人中 番目

【高校生以上の方へ】

●次の病気にかかったことがありますか？

- 高血圧 糖尿病 緑内障 喘息
心臓病 肝臓病 腎臓病
潰瘍（胃・十二指腸） 前立腺肥大
痛風 脳出血・脳梗塞 ぼうこう炎
その他（ ）
特に無し
アレルギー疾患（ ）

●女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？
はい いいえ わからない

●近隣で流行している病気はありますか？

いいえ はい（疾患名: ）

●現在、何かお薬を飲んでいますか？

はい いいえ
 「はい」とお答えの方：どのようなお薬ですか

（薬品名: ）

●薬アレルギーはありますか？

はい いいえ
 「はい」とお答えの方：どのようなアレルギーですか

（薬品名: ）

●かかりつけの医療機関はありますか？

いいえ はい（医療機関名 ）

●最近（1ヶ月以内）に海外へいかれましたか？

はい（場所: ）（帰国月日: 月 日）
いいえ

●海外より帰国及び入国した人で発熱のある人と接触しましたか？

はい（どちらから帰国: 入国: ）

いつごろ接触しましたか？（ 月 日）

いいえ