

# 初診の患者様 ご記入用紙

※ 当てはまる □部分 にレ印をつけてください。

来院日： 令和 年 月 日

|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|---|----------------------------------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな   |   | 性別   | 本日の診療希望(具体的な症状など):  |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (受けられる方)<br>ご氏名  |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (受けられる方)<br>生年月日   | <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令<br>年 月 日<br>( 歳 ヶ月)   |  | 今後の診察希望、相談など ありましたらご記入下さい。  |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現住所  | 〒 _____   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEL  | _____   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 携帯/緊急連絡先   | _____   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| メールアドレス  | _____@_____   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ■身長 cm ■体重 kg ■体温 °C   |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ■血液型   | <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> RH+<br><input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> RH-<br><input type="checkbox"/> AB型<br><input type="checkbox"/> O型 |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ■飲んでいて調子が悪くなった薬はありますか？   |   |  | ■ワクチン接種対象の感染症   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| くすり名   | 理由  |  | 予防接種 スミ   | 予防接種 スミ                          |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  | ヒブ <input type="checkbox"/>   | MR 麻しん <input type="checkbox"/>  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  | 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/>   | 風しん <input type="checkbox"/>     |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  | DPT(三種混合) <input type="checkbox"/>  | 日本脳炎 <input type="checkbox"/>    |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  | 不活化ポリオ <input type="checkbox"/>   | 水痘 <input type="checkbox"/>      |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  | 四種混合 <input type="checkbox"/>   | おたふく <input type="checkbox"/>    |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  | BCG <input type="checkbox"/>  | ポリオ(経口) <input type="checkbox"/> |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ■アレルギーがありますか？  |   |  | ■飲んでいる薬のタイプ   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし             |   |  | <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 粒 <input type="checkbox"/> 特にこだわらない   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病名: <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 |   |  | ■現在、飲んでいる薬をご記入下さい。  |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 原因 <input type="checkbox"/> 杉ヒノキ <input type="checkbox"/> ブタクサ <input type="checkbox"/> すずき    |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 家ダニ <input type="checkbox"/> その他( )                                   |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 食物アレルギー   |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 原因 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> 牛乳        |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> えび・かに <input type="checkbox"/> そば         |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他( )                                    |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎  |   |  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">くすり名</td> <td style="width:50%;">メーカー</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> |                                  | くすり名 | メーカー |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| くすり名   | メーカー  |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 薬アレルギー <input type="checkbox"/> 抗生剤 その他( )                            |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ■副腎皮質ホルモン製剤(内服・外用薬)の長期間使用の有無   |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 過去にあった <input type="checkbox"/> 現在ある                                  |   |  |   |                                  |      |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

★当クリニックを何でお知りになりましたか？  インターネット  電話帳 ( NTT、テレパル、その他 )  家族、知人  通りがかり  その他 ( )