

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) ご氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
(受けられる方) 生年月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (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+ <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> AB型 <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				
<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				
くすり名		メーカー		

★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 ()