

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年 月日	平成 年 月 日
		兄弟 姉妹	人中 番目
ご住所	〒 _____		
電話番号	携帯: (父・母・ _____)	自宅: _____	
集団生活	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 保育園・幼稚園・小学校		

本日はどうなさいましたか? にチェックを入れて下さい

体温: \_\_\_\_\_℃ 体重: \_\_\_\_\_kg \*待合室の体重計で測定できない方は処置室で測定しますので、受付にお声がけください

予防接種

健康診断

診察希望 いつ頃から: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

熱 咳 鼻水  
嘔吐: 合計 \_\_\_\_\_回 下痢: \_\_\_\_\_回/日 発疹  
その他: \_\_\_\_\_

・食欲: ある まあまあ ない

・活気: ある まあまあ ない

流行している病気はありますか?

いいえ はい: \_\_\_\_\_

他院で治療を受けていますか?お薬手帳をお持ちの方は提出してください

いいえ はい 病名: \_\_\_\_\_

くすり: \_\_\_\_\_

一緒に、ご家族の病気・予防接種相談で受診の希望はありますか?

いいえ はい: 受診者名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

妊娠 \_\_\_\_\_ 週、 \_\_\_\_\_ gで出生

出生時や健診時などに、なにか指摘を受けたことはありますか?

いいえ はい 内容: \_\_\_\_\_

今まで大きな病気にかかったことはありますか? いいえ

けいれん(熱なし・熱あり): \_\_\_\_\_回

入院歴 病名: \_\_\_\_\_

その他 病名: \_\_\_\_\_

今までに食べ物やくすりアレルギーを起こしたことがありますか?

いいえ はい 食物: \_\_\_\_\_

くすり: \_\_\_\_\_

その他: \_\_\_\_\_

\*服を脱ぎやすくして、準備をお願いします  
\*診察前に、ミルクやお菓子などをあげないようにしてください