

# 診療申込書

フリガナ \_\_\_\_\_ 記入 H. 年 月 日  
氏名 \_\_\_\_\_ 男:女 \_\_\_\_\_ 生年月日 H. 年 月 日  
住所 \_\_\_\_\_  
自宅 TEL: \_\_\_\_\_ / 携帯: \_\_\_\_\_ (父.母.その他)  
通っている保育園・幼稚園・小学校・中学校名: \_\_\_\_\_ ( )年生

1) 何が一番お困りですか？(いつから、どのように、具体的に、ご記入してください)

発熱( 月 日 °C・ 月 日 °C ) のどの痛み 鼻水 ( 月 日～ )  
咳 ( 月 日～ ) 痰 ゼーゼー  
下痢( 月 日～ 回) 嘔気 嘔吐( 月 日～ 回) 腹痛  
周りで流行している病気はありますか？( )

2) 現在、病気で他の医院または病院にかかっていますか？

かかっていない かかっている (病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_)

3) 現在、服用中の薬がありますか？

ない ある (薬名 \_\_\_\_\_)

4) 今までに大きな病気、手術、入院したことがありますか？

ない ある (病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_)

5) ご家族についてお尋ねします

父 ( 才 ) 母 ( 才 ) 兄 ( 才 ) 姉 ( 才 ) 弟 ( 才 ) 妹 ( 才 )  
主たる保育者はどなたですか ( )

6) お子さんの出生時についてお尋ねします

出産 \_\_\_\_\_ 週 出生時体重 \_\_\_\_\_ g 分娩( 正常 異常 ) 仮死( 無 有 )  
栄養 ( 母乳 人工 混合 ) 離乳食( 未 ・ 開始 回/1日)

7) 今までにかかったことのある病気はありますか？

麻疹 風疹 おたふくかぜ 水痘 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎  
その他 ( )

8) 発達について問題はありますか？

ない ある ( )

9) 予防接種についてお尋ねします。接種されたもの、接種回数もご記入ください。

BCG ポリオ(生 回 不活化 回) 三種混合(DPT) 回  
四混(DPT+IPV) 回 ヒブ 回 小児肺炎球菌 回 B型肝炎 回  
ロタ 回 麻疹風疹(MR) 回 おたふくかぜ 回 水痘 回  
日本脳炎 回 二種混合(DT) 回