

初 診 申 込 書

ふりがな					世帯主との続柄
氏 名					
生年月日	(西暦)	年	月	日	年齢
現住所					
電話番号			職業		

●本日はどのように体の具合が悪くて来院されましたか。(いつごろから、どこが、どのように悪いか具体的に書いてください。)

●今までに大きな病気にかかったことはありますか。

1) はい 2) いいえ

病名 1) _____ (歳頃)
 2) _____ (歳頃)
 3) _____ (歳頃)

●今までに注射や薬でアレルギー反応(発疹等)を引き起こしたことはありますか。

1) はい

薬の名前がわかれば記入してください。

薬名 _____

2) いいえ

●あなたと血のつながっている人で、次の病気の方はおられますか。

- | | |
|------------|--------|
| 1) 高血圧 | 2) 心臓病 |
| 3) 脳出血・脳梗塞 | 4) が ん |
| 5) 肝臓病 | 6) 糖尿病 |
| 7) 高脂血症 | 8) 喘 息 |
| 9) その他 | _____ |

●あなたの現在の状態についてお答えください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

- 1) 食欲
- 1) 良好 2) 普通 3) 不振
- 2) 睡眠
- 1) 良好 2) 普通 3) 不良

3) 便通

1日に _____ 回、 _____ 日に 1 回

4) タバコ

1) 吸 う 1日に _____ 本
 2) 吸わない 3) やめた

5) アルコール

1) 飲 む 2) 時々飲む
 3) やめた 4) 飲まない

飲む場合、何をどの位飲みますか。

●女性の方へ

生理

1) 順 調 2) 不 順 3) 無
 現在、生理中ですか。

1) はい 2) いいえ

現在、妊娠中ですか。

1) はい 2) いいえ

●お子さんの予防接種について

ヒブ	BCG
肺炎球菌	MR (麻疹風疹)
B 型肝炎	水痘
ロタウイルス	おたふくかぜ
四種混合	日本脳炎
その他	_____