

予 診 票 (小児)

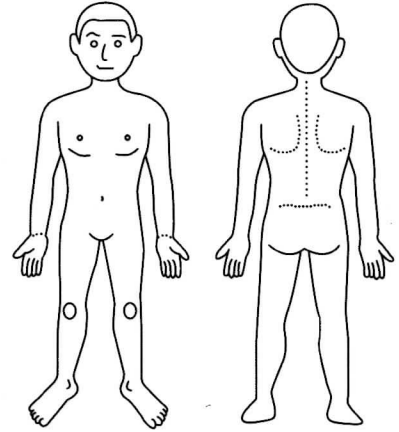
平成 年 月 日

フリガナ				男	生	平成	年	月	日	才
氏 名				女	年	月	日	生	才	
現 住 所	〒									
電 話				緊急連絡先						
身 長	cm			体 重	kg			体 温	℃	

(1) 症状を詳しくご記入ください。

症状のある部位に○印をつけて下さい。

- ・いつごろからですか
- ・どんな症状ですか



(2) 今までにかかった病気はありますか。手術を受けたことはありますか。

はい 病名 () いいえ
 いいえ 手術歴 ()

(3) 現在、治療中の病気飲んでる薬はありますか。市販薬で飲んでるものがありますか。

はい 病名 () いいえ
 いいえ 通院中の医院 ()
 いいえ 現在使用している薬剤 ()
 はい 市販薬 鎮痛剤 風邪薬 その他 () いいえ

(4) アレルギーを言われたことはありますか。

食物によるアレルギー
 牛乳 卵 (その他)
 はい 薬によるアレルギー
 抗生剤「 」痛み止め「 」(その他) いいえ
 アレルギー性疾患
 アトピー性皮膚炎 喘息 花粉症 (その他)
 その他 ()

(5) 予防接種はされましたか。あてはまるものに○印、又はご記入ください。

- MRワクチン (麻疹・風疹の混合) おたふく 水痘
- 4種混合ワクチン (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオの混合)
- 日本脳炎 インフルエンザ菌b型(ヒブ) 小児肺炎球菌(13価)
- その他 ()

(6) ジェネリック医薬品をご希望なさいますか。

はい いいえ