



診 察 申 込 書

年 月 日



フリガナ

氏名 _____ (男 ・ 女) H _____ 年 月 日 (_____ 才 _____ ヶ月)

住所 〒 _____ 電話番号 (_____)

_____ 携帯電話 (_____)

緊急連絡先 _____ 電話番号 (_____)

体重 _____ kg お熱 _____ °C _____ 保育園・幼稚園・小・中

① 1か月以内の渡航歴はありますか？ なし ・ あり (国名 _____)

1ヶ月以内の国内の旅行歴はありますか？ なし ・ あり (沖縄など _____)

② 食物アレルギーはありますか？ なし ・ あり (_____)

③ 熱性けいれんを起こしたことはありますか？ なし ・ あり

④ 今までに使用した薬で薬疹などの症状が出た事がありますか？ なし ・ あり

ありと答えた方 いつ頃ですか？ (_____)

お薬の名前 (_____)

⑤ 現在使用中のお薬はありますか？ なし ・ あり

お薬の名前(お薬手帳をお持ちの方はお出ください)(_____)

⑥ 今回の症状や伝えたい事をご記入ください。(いつからで、どのような症状など)

⑧ 今まで入院・手術・通院などありますか？ なし ・ あり (以下へご記入ください)

1)

2)

⑨ 20歳以下の方へ…… 下記の予防接種は済んでいますか？

Hib(_____ 才 _____ ヶ月～ _____ 回) / 小児用肺炎球菌(_____ 才 _____ ヶ月～ _____ 回)

BCG / 不活化ポリオor生ポリオ(経口)(_____ 回 ・ 追加) / B型肝炎(_____ 回)

ロタウイルス(_____ 回) / 三種混合or四種混合(I 期 _____ 回 ・ 追加) / 二種混合(11才～)

MR(麻疹・風疹) I 期 ・ II 期 ・ III 期 ・ IV 期 / おたふく(_____ 回) / 水痘(_____ 回)

日本脳炎 (I 期 _____ 回 ・ 追加 ・ II 期 _____)

インフルエンザワクチン / 子宮頸がんワクチン / その他

