

予 診 票

年 月 日

ふりがな

お名前

□男 □女 年齢: 才 ヶ月 体重 kg

住所 〒 -

連絡が必ずとれる電話番号

()

●どこが、どのように悪いのですか？

●体温

℃

●いつ頃から悪くなりましたか？（発熱の方: 日 時頃～）

(日前)

<p>【小児～中学生までの方へ】</p> <p>●次の病気にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>突発性発疹症 <input type="checkbox"/>けいれん（ひきつけ）</p> <p><input type="checkbox"/>喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎</p> <p><input type="checkbox"/>じんましん <input type="checkbox"/>中耳炎 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>溶連菌感染症</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>特に無し</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー疾患()</p> <p>●兄弟姉妹は全部で何人で、受診するお子さんは何番目ですか？ 人中 番目</p>	<p>【高校生以上の方へ】</p> <p>●次の病気にかかったことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>喘息</p> <p><input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>潰瘍（胃・十二指腸） <input type="checkbox"/>前立腺肥大</p> <p><input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>脳出血・脳梗塞 <input type="checkbox"/>ぼうこう炎</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p><input type="checkbox"/>特に無し</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー疾患()</p> <p>●女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない</p>
---	---

●近隣で流行している病気はありますか？

いいえ はい（疾患名:)

●現在、何かお薬を飲んでいますか？

はい いいえ
「はい」とお答えの方：どのようなお薬ですか

(薬品名:)

●薬アレルギーはありますか？

はい いいえ
「はい」とお答えの方：どのようなアレルギーですか

(薬品名:)

●かかりつけの医療機関はありますか？

いいえ はい（医療機関名)

●最近（1ヶ月以内）に海外へいかれましたか？

はい（場所:) (帰国月日: 月 日)
いいえ

●海外より帰国及び入国した人で発熱のある人と接触しましたか？

はい（どちらから帰国: 入国:)

いつごろ接触しましたか？(月 日)

いいえ