



# 診 察 申 込 書

平成 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 )

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してください) ( )

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( オ ヶ月～ 回 ) / 小児用肺炎球菌( オ 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

