予　診　票

記入年月日	年　月　日	生年月日	S･H･R　年　月　日		
ふりがな 名前		年 齢	才　ヶ月	性 別	男・女
ふりがな 住所	〒	電話番号			

体重	成人の方は記入不要 kg	体温	℃

1．このクリニックに兄弟や家族がかかったことがありますか
　　ない　・　ある（その方のお名前　　）

2．今日はどうなさいましたか
　　発熱　　せき　　鼻水　　鼻がつまる　　ぜーぜーする（息苦しい）　のどが痛い
　　吐く　　気持ちが悪い　　下痢　　お腹が痛い　　頭が痛い　発疹
　　その他（　　）

3．その症状はいつからですか

4．いままでに何か大きな病気にかかったことはありますか
　　ない　・　ある（その病気　　）

5．いま何かお薬をお飲みですか
　　いいえ　・　はい（その薬の名前はわかりますか　　）
　　お薬手帳があれば薬の名前は記入不要です

6．薬を飲んでじんましんなど出たことがありますか
　　ない　・　ある（その薬の名前はわかりますか　　）

7．その他アレルギーは何かありますか
　　ない　・　ある（　　）

8．今まで受けた予防接種がおわかりになれば　○　をおつけください（母子手帳を受付に提出していたら記入不要です）
　　BCG　三種(四種)混合　（第１期１回目　２回目　３回目　追加）　二種混合
　　経口ポリオ（１回目　２回目）　　不活化ポリオ　（１回目　２回目　３回目　追加）
　　ヒブワクチン　（１回目　２回目　３回目　追加）　肺炎球菌　（１回目　２回目　３回目　追加）
　　麻しん風しん混合（MR）（第１期　第２期）　　水ぼうそう　　おたふく　　ロタ　　B型肝炎
　　日本脳炎　（第１期１回目　２回目　追加　第２期　）

9．その他、何かありましたらお書きください

山森小児科