

初診申し込み書(小児用 中学生以下)

ID

記入年月日 : 平成 . .

フリガナ			男・女
受診者氏名 (かかられる方)			
生年月日	平成 年 月 日生(歳 ヶ月)		
現住所	【〒 - 】		
電話番号	() -	体重	kg
携帯番号	- -	当院での体温	. °C

* 変更された際はお知らせ下さい

お子様の症状についてお答え願います。

1. あなたのお子様の発育暦についておたずねします。 出生体重をお聞かせください (g) 分娩時に異常がありましたか (はい・いいえ) 出生後に異常がありましたか (はい・いいえ)
2. 以前に病気を指摘されたり、通院されたことはありますか。 (はい・いいえ) 「はい」と答えられたかたは具体的な病名をご記入下さい。 ()
3. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (はい・いいえ) 「はい」と答えられたかたは、何歳ごろでしたか。 (歳頃) その時に熱が出ましたか。 (はい・いいえ)
4. 現在、他の病院にかかっていたり、薬を飲んでいたりしていますか。 (はい・いいえ)
5. 過去に薬や注射で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか。 (はい・いいえ)
6. 本日はどうされましたか。症状をお書き下さい。 (内科・皮膚科・その他) ()
「内科」と答えられた中学生以上の方に検尿をお願いしております。 検尿をお願いできますか。 (検尿可・検尿不可・生理中)