



## 診療申込書

フリガナ	
お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
性別	男・女
住所	〒 -
連絡先	自宅：( ) -
	携帯電話： - - 【母・父・その他( )】
	緊急連絡先： - - 【母・父・その他( )】
<p>何をご覧になって当院へ来院されましたか？</p> <p>1：ホームページ 2：ハガキ 3：看板 4：知人の紹介 5：□□□          6：溪仁会からの継続 7：他院からの紹介 8：家族がかかっている          9：その他( )</p>	
<p>生活保護の方のみご記入ください。</p> <p>*市・区役所の担当者名 ( )</p> <p>*引越しのご予定がある方は下記もご記入ください。          月 日に (市・区) へお引越し予定</p>	

※以下医療機関記入

患者番号：No.	初診来院日：H 年 月 日
1 2	入力者
<input type="checkbox"/> 患者個人情報メモ欄入力 <input type="checkbox"/> 医療券あり <input type="checkbox"/> 医療券なし <input type="checkbox"/> 医療券発行依頼	① <input type="text"/> ② <input type="text"/>

患者番号： \_\_\_\_\_

# 初診問診票

記載日： 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前 (男・女)	平成 年 月 日 ( 歳)

♪今までにかった病気を○で囲んでください

突発性発疹	RSウイルス感染症	中耳炎	水ぼうそう	おたふく	風疹
百日咳	ひきつけ ( 歳 回)	気管支炎	肺炎	喘息	風邪をひきやすい

♪定期的に受診している病気はありますか？

なし	あり	病名：
		病院名：

♪入院したことはありますか？

なし	あり	病名：
		病院名：

♪薬物アレルギーはありますか？

なし	あり	薬物名：
----	----	------

♪今までに受けた予防接種を○で囲んでください

BCG	済・未	三種混合	1回 2回 3回 追加
B型肝炎	1回 2回 3回	ポリオ	1回 2回
ヒブ	1回 2回 3回 追加	不活化ポリオ	1回 2回 3回 4回
肺炎球菌	1回 2回 3回 追加		
四種混合	1回 2回 3回 追加	二種混合	済・未
MR (麻疹風疹混合)	第1期 第2期	水痘	1回 2回
日本脳炎	1回 2回 追加 II期	おたふくかぜ	1回 2回
ロタウイルス	1回 2回 3回	子宮頸がん	1回 2回 3回

小学生未満のお子さんは以下もご記入ください。

♪ 妊娠中または出産時に心配なことはありましたか？

なし	あり	妊娠高血圧症	切迫早産	帝王切開	仮死
		その他 ( )			

♪ 妊娠週数を教えてください ( 週 日)

♪ 出生時の体重を教えてください ( g)

♪ 生まれた病院を教えてください ( )

♪ 乳児期の栄養方法を教えてください ( 母乳 ・ 混合 ・ 人工 )

♪ 乳児期の発育について教えてください

① 首のすわり ( カ月) ②おすわり ( カ月) ③歩き始め ( カ月)

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

\*接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい。

\*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温	度	分
TEL ( )	—	
受ける人の氏名	男・女	生年 月 日 明治・大正・昭和・平成
(保護者の氏名)	女	月 日 ( 歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読みましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ ( )回目 前回の接種は ( 月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ( )	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 ( ) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ( )	いいえ	
6. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、 医師の診察を受けましたか。	はい 病名 ( )	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい ( )年 ( )月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい ( )回ぐらい 最後は ( )年 ( )月頃	いいえ	
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬または食品の名前 ( )	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名 ( )	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類 ( )	いいえ	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名・症状 ( )	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に ( )	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師の署名又は記名押印

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
(接種を希望します・接種を希望しません)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄 )

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン Lot. No.	皮下接種 □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所： <b>すぎはら小児科・アレルギー科</b> 医師名：
カルテNo.	□ 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	接種年月日： 平成 年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。