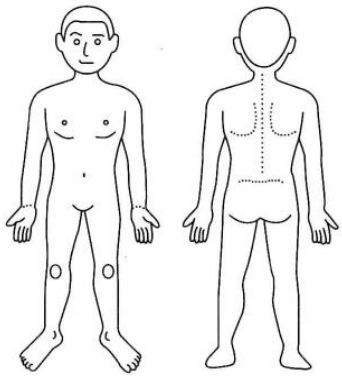
予　診　票　（小児）

令和　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名		男 女	生 年 月 日	平成 令和	年　月　日　歳	
現 住 所	〒					
電　話		緊 急 連 絡 先				
身　長	cm	体　重	kg	体　温	℃	

（1）症状を詳しくご記入ください。

症状のある部位に○印を付けてください。



・いつごろからですか

・どんな症状ですか

（2）今までにかかった病気はありますか。手術を受けたことはありますか。

はい　　病名（　　）　　いいえ
手術歴（　　）

（3）現在、通院治療中の病気で飲んでいる薬はありますか。市販薬で飲んでいるものがありますか。

はい　　病名（　　）　　いいえ
通院中の医院（　　）
使用している薬剤（　　）

はい　　市販薬（　　）　　いいえ
鎮痛剤　　風邪薬　　その他（　　）

（4）アレルギーを言われたことはありますか。

はい　　いいえ

□ 食物によるアレルギー
牛乳　　卵　　その他（　　）
□ 薬によるアレルギー
抗生剤（　　）痛み止め（　　）その他（　　）
□ アレルギー性疾患
アトピー性皮膚炎　　花粉症　　その他（　　）
□ その他（　　）

（5）予防接種はされましたか。あてはまるものに○印、またはご記入ください。

MRワクチン（麻疹・風疹の混合）　　おたふく　　水痘
4種混合ワクチン（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオの混合）
日本脳炎　　インフルエンザ菌b型（ヒブ）　　小児肺炎球菌（13価）
その他（　　）

（6）ジェネリック医薬品をご希望なさいますか。

はい　　いいえ