

ふりがな お名前	男 / 女	生年月日	H / R	年	月	日
呼び方			年齢:	歳	か	月
住所 〒		電話番号①: 電話番号②:				
〔 〕	保育園 幼稚園 託児所	体温:	℃	体重:	kg	
	小学校 中学校 高等学校	出生週数・体重:			週・	g
きょうだい: 無 / 有 本日同伴の方: 母 / 父 / 祖父母 / その他 ()						

院内に設置の体重計をご利用ください
乳幼児で最近の体重がわからない方はお声掛けください

1.-① 本日はどうされましたか？

発熱 (体温:℃)

咳 (痰がからむ / 乾いた / ぜいぜい / けんけん) 鼻水 (透明 / 色つき) 喉が痛い

頭痛 腹痛 嘔吐 (1日.....回) 下痢 (1日.....回) 発疹 (部位:)

その他 []

1.-② 症状はいつから始まりましたか ? []から

2. 食事・水分はとれていますか? [両方とれている / 水分だけ / 両方とれていない]

3. 周囲で流行している病気や症状はありますか? なし / あり→ []

4. お薬や食べ物、植物などのアレルギーはありますか?
なし / あり→アレルギーの内容: []

5. 今までにかかったことがある病気に○をつけてください。手術歴がある場合はご記入ください。
アトピー性皮膚炎 気管支喘息 熱性けいれん アレルギー性鼻炎 てんかん 水ぼうそう
おたふくかぜ 溶連菌感染症 川崎病 便秘 その他: []

6. これまで受けたワクチンに○をつけてください。
ロタ / ヒブ / 肺炎球菌 / B型肝炎 / 4種混合 / BCG / MR / 水痘 / おたふくかぜ
日本脳炎 / HPV (子宮頸がん) / その他: []

7. ご家族で以下の病気にかかった方はいますか? 病名に○ またはご記入をお願いします。
アトピー性皮膚炎 / 喘息 / 食物アレルギー / 熱性けいれん / 腎疾患 / 遺伝性疾患 / 突然死
その他 [] お子さんとの関係・続柄 []

8. その他、聞いておきたいこと・伝えておきたいことなどあればお気軽にご記入ください。
[]

9. 当クリニックを何で知って下さいましたか? (複数回答可)
チラシ・広告 / 知人の紹介 / インターネット検索 / SNS / 看板 / 通りすがり / その他

いま飲んでいる・使っているお薬がある場合は診察室でお薬手帳をお見せください。

