

ふりがな.....

お名前 (男・女) 体重 kg、体温 ℃

お誕生日 年 月 日生 年齢 才 ヶ月

住所または電話番号に変更のあった方はお申し出ください

1、今日は、どのようなことで来院されましたか？

- 前回の続きです・・・□良くなった □悪くなった □変わらない
□初めての受診です

2、症状について、くわしく教えてください

- \*熱 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
→各日の熱の最高値は？(例：3/15に39.4度、3/16に38.2度など)
( )
\*味やおい味がいつもと違う □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
□わからない
\*咳 □なし □あり・・・□ときどき □せき込む □ぜろぜろ □苦しそう
\*鼻水 □なし □あり □鼻づまり □くしゃみ
\*腹痛 □なし □あり
\*下痢 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
・見た目は？・・・□水様 □泥状 □血便 回数？・・・日に( )回(一番多い時)
\*嘔吐 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
\*食欲 □あり □なし→いつもの( )%くらい
\*発疹 □なし □あり→いつからですか？( 月 日から)
→どこに？( ) →かゆみは？ □なし □あり
\*痛みがありますか？ □なし □頭 □のど □関節 □その他( )
\*機嫌、活気は？ □良い □ふつう □悪い
\*その他(自由に書いてください)

3、現在、保育所、幼稚園、学校、近所で流行している病気はありますか？

- ない □わからない □ある・・・( )

4、今、飲んでいるお薬はありますか？

- ない □ある・・・□当院の処方 □別の病院の処方 →受付に出してください

5、お薬の種類で、飲みやすいものに○をつけてください

- 水薬 □粉薬 □カプセル □錠剤 □どれも苦手 □飲んだことがない

(住所) 〒

(電話)

(携帯)

6、今までにかかった「感染症」をチェックしてください

- RSウイルス □突発性発疹 □水ぼうそう □おたふくかぜ □百日咳 □麻疹
□風しん □その他( )

7、現在までに済んでいるワクチンをチェックしてください

- 肺炎球菌 □ヒブワクチン □ロタウイルス □B型肝炎 □BCG □四種混合
□MR(麻疹・風しん) □水ぼうそう □おたふくかぜ □日本脳炎 □二種混合
□インフルエンザ □ポリオ □子宮頸がん
□その他( )

8、今までに食品や薬で湿疹、かぶれなどが出たことがありますか

- いいえ □ある(卵 牛乳 小麦) その他の食品( )
□お薬( ) □その他( )

9、現在、治療中の病気はありますか

- いいえ □ある・・・□喘息 □アトピー性皮膚炎 □ひきつけ □膠原病
□腎臓病 □心臓病
□その他の病気( )

10、過去に病気にかかったことがありますか

- いいえ
□ある・・・□喘息 □アトピー性皮膚炎 □花粉症 □ひきつけ □膠原病
□腎臓病 □心臓病
□その他の病気( )・・・何才頃ですか？( )才

11、入院や手術をしたことがありますか

- いいえ □ある(病名、才頃)

\*\*\*\*\*

