

初めて・久しぶりに受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		男	生年月日	西暦	年	月	日
名前	記入者(続柄)	女	電話番号	(歳	ヵ月)	
住所	〒 -						
家庭環境などについて	お子さんは()人兄弟の()番目 現在() 保育園・幼稚園・小・中学校に通っている(年生)						

*特に変更がない方は太枠の中だけでもかまいません

本日はどのような症状で来院されましたか

発熱 鼻水 咳 のどの痛み 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 発疹 喘息発作

アレルギー症状 予防接種 健診 書類等 その他()

・その症状はいつ頃からですか 年 月 日頃から

症状のために日常生活でとても困っていますか(例 眠れない 水分が取れない ぐったりしているなど)

・ご家族や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はいますか

はい(誰が: どのような:) いいえ

・現在他の病院で治療を受けている病気はありますか

はい(病名:) いいえ

・現在何か薬を飲んでいますか

はい() いいえ

*お薬手帳をお出してください

これまでに大きな病気にかかりましたか(入院をするような、伝えておかないといけない)

最近何か病気にかかりましたか(例 水ぼうそう おたふく ひきつけ など)

これまでに受けた予防接種に○をつけてください(乳幼児の方)

BCG 四種混合 ヒブ 小児用肺炎球菌 ロタウイルス B型肝炎 麻しん・風しん(MR)

水痘 おたふくかぜ 日本脳炎 二種混合

健診などで異常を指摘されたことがありますか

はい() いいえ

次のアレルギー疾患がありますか

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎

食物アレルギー(原因物質)

これまでに飲み薬や注射薬で調子が悪くなったことがありますか

はい(薬品名: 症状:) いいえ

薬は上手に飲めますか

はい いいえ()

その他気になること、聞きたいこと、伝えておきたいことがあればお書きください