

ご記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

はじめての方は、以下の項目についておわかりになる範囲でご記入ください

ふりがな	【生年月日】
【氏 名】	(男・女) 昭和・平成 年 月 日(才)
【住 所】〒 _____	
【ご自宅の連絡先】	【携帯電話】

【身長】 _____ cm 【体重】 _____ kg 【診察前の体温】 _____ 度 分

- ① 本日は、どのような内容で来院されましたか？
 発熱 ・ せき ・ ぜいぜいする ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 嘔吐 ・ 下痢
 発疹 ・ 鼻吸引希望 ・ その他 (_____)
 症状はいつからですか？ (_____)
- ② 薬や食品で具合が悪くなったことはありますか？
 ない ・ ある (具体的に _____)
- ③ お子さんが生まれた時の状況を教えてください
 在胎 週 日、 出生体重 _____ g、 出生時の異常：なし・あり (_____)
- ④ これまで大きな病気にかかったことはありますか？ または入院したことはありますか？
 ない ・ ある (具体的に _____)
- ⑤ 今までに接種した予防接種を教えてください
 ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタ ・ 四種混合 ・ BCG ・ おたふく ・ 水ぼうそう
 MR (麻疹風疹混合) ・ 日本脳炎 ・ インフルエンザ ・ その他 (_____)
- ⑥ お子さんは保育園や幼稚園、学校などの集団生活をしていますか？
 していない ・ している (具体的に _____)
- ⑦ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？
 ない ・ ある (具体的に _____)
- ⑧ 現在、内服中の薬はありますか？
 ない ・ ある ※内服中の薬がある場合は、受付へお薬手帳をお渡し下さい
- ⑨ 処方する薬の種類、投与方法についてご希望はありますか？
 ない ・ ある (種類：シロップ・粉・錠剤・座薬 投与方法：1日2回・1日3回)
- ⑩ その他、ご質問やご希望がありますか？
 ない ・ ある (具体的に _____)

ご記入いただきありがとうございました