

ふりがな		性別	男性	女性
氏名		体重	kg (1ヵ月以内の)	体温 ℃
生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヵ月)	電話番号	- - (父・母・その他: )	
住所	〒 -			
所属	( ) 幼稚園・保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校			

1. 本日は、どうなさいましたか？

 予防接種かぜ症状 ……  発熱( 月 日 時から、 ℃) 鼻水  咳  ゼーゼーする  のどが痛い  痰疼痛 ……  頭痛  腹痛  関節痛  悪寒嘔吐症状 ……  吐気  嘔吐(いつから、 回)→【排尿 有/無】→【水分摂取 有/無】便症状 ……  下痢 / 軟便(いつから、 回)  便秘 ( 日間排便なし)皮膚症状 ……  湿疹  発疹  じんま疹  乾燥肌眼症状 ……  目ヤニ  充血  目がかゆい

その他 …… ( )

2. 周りではやっている病気はありますか？

 ない  不明  ある ( )

3. 現在、他院で処方されている薬はありますか？

※薬剤名をご記入ください。又は、お薬手帳をお預かりします。

 ない  ある ( )

4. くすりのご希望についてお伺いします。

※病状によりご希望に添えない場合があります。

薬の形状 :  シロップ  粉  錠剤解熱剤の希望 :  不要  シロップ  粉  錠剤  座薬

5. 過去に長期の通院や入院を必要とする病気にかかったことがありますか？ 現在治療中ですか？

 はい(時期: 年 月頃・現在治療中) 病名:  いいえ

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？わかれば薬剤名・食品名をご記入下さい。

 はい 薬 ( ) 食べ物 ( )  いいえ

7. けいれんを起こしたことがありますか？

 はい(時期: 才頃)  いいえ

8. ご家族(血縁関係)に以下の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか？

 ない  喘息  アトピー性皮膚炎  花粉症  結核

9. 当院をどのように知りましたか？

 家族が通院しているから  知人・友人から聞いて  病院からの紹介 近所・とおりがかり  看板をみて 当院のホームページを見て(PC)  当院のホームページを見て(携帯) 当院以外の外部ホームページを見て  マップ検索をして その他( )

※ご記入いただきました情報は、大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

※当院は、お子様のお名前をフルネームでお呼びいたしますが、

呼び方に関しましてご希望がございましたら、お申し付けください。

