

記入日: _____ 年 月 日

ふりがな:

氏名: _____ 性別: 男 女

生年月日: _____ 年 月 日 (_____ 才 _____ か月)

体重: _____ kg

・本日の来院理由が以下に当てはまる方はチェックを入れて下さい。以降の回答は不要です。

- 前回の受診の続き
- 検査結果の確認
- お薬の処方

・症状を教えてください。

いつから _____ 月 _____ 日から

- 発熱 (最高 _____ °C 現在 _____ °C)
- 咳 (たん ゼエゼエ) 鼻水 嘔吐 下痢
- 痛み (頭 のど おなか 耳 その他(_____))
- 発疹 (頭・顔 首 胸・おなか 手・足 おしり)
- その他の症状 (_____)

・現在、他の医療機関を受診していますか。 いいえ はい

・処方されている薬はありますか。 いいえ はい

薬の名前 _____

・今までにかかった病気があれば教えてください。

- 突発性発疹
- 痙攣(熱性・無熱性)
- 水痘(水ぼうそう おたふくかぜ はしか(麻疹))
- 風疹
- ぜんそく
- 中耳炎
- アトピー性皮膚炎
- 他(_____)

・周囲で流行している病気はありますか。

- いいえ
- はい 病名 _____

・アレルギーはありますか。

- いいえ はい 薬品名: _____
- 食品名: _____

・家族構成を教えてください。

- 続柄(_____) _____ 才 健康 病気(病名: _____)
- 続柄(_____) _____ 才 健康 病気(病名: _____)
- 続柄(_____) _____ 才 健康 病気(病名: _____)
- 続柄(_____) _____ 才 健康 病気(病名: _____)
- 続柄(_____) _____ 才 健康 病気(病名: _____)

・出生時の状態を教えてください。

在胎週数 _____ 週 _____ 日 出生体重 _____ g

・接種済の予防接種

- 肺炎球菌(1/2/3/追加)
- ヒブ(1/2/3/追加)
- 四種混合(1/2/3/追加)
- 麻疹・風疹(1/2)
- おたふくかぜ(1/2)
- 水痘(1/2)
- 三種混合(1/2/3/追加)
- ポリオ(1/2/3/追加)
- BCG
- 日本脳炎(1/2/追加)
- ロタ(1/2/3)
- B型肝炎(1/2/3)
- 他(_____)

・診察時に医師に聞きたいことがあればお書きください。
