

はじめて当院を受診される方へ (こども) 年 月 日

フリガナ	
名前	
性別	男 . 女
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒 -
TEL	-

1. 現在、治療中の病気や飲んでいる薬はありますか? 「ある」場合は下記に記載をお願いします。
 病名: 飲んでいる薬: かかりつけの病院:
2. 出生時に異常や今までの健診で指摘されたものがありましたか? 「ある」場合は下記に記載をお願いします。
 出生時: 早産 (週で出産。出生体重 g) 先天性疾患あり ()
 その他 ()
 発達: 発達の遅れ (病名) その他 ()
3. 今までにかかったことのある病気はありますか? 「ある」場合は下記にチェックまたは記載をお願いします。
 おたふくかぜ 水ぼうそう 溶連菌感染症 突発性発疹 けいれん (熱あり・なし)
 気管支喘息 その他 ()
4. アレルギーはありますか? 「ある」場合は下記にチェックまたは記載をお願いします。
 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 食物アレルギー (食品名:) 薬剤アレルギー (薬剤名:)
 アレルギー物質 (花粉 ダニ ハウスダスト 動物 その他)

本日はどのような症状^{しょうじょう}で来院されましたか?

体温: _____ °C

- 熱がある ⇒ いつから? 日前
- 咳^{せき}が出る ⇒ コンコン ゲホゲホ ゼイゼイ ヒューヒュー ケンケン バウバウ
- 鼻水が出る ⇒ 透明 黄色 緑 喉^{のど}が痛い 頭が痛い くしゃみが出る
- 食事や水分を吐く^は ⇒ いつから? ⇒ 最後はいつ? ⇒ 何回? 回/日
- 下痢^{げり}をしている ⇒ 水みたいな便^{べん} 泥みたいな便 軟らかい便^{やわ}
- お腹が痛い 便^{べん}が出ない ⇒ いつから? 日前
- 皮膚^{ひふ}の異常 ⇒ 乾燥^{かんそう} 赤い ブツブツがある 腫^はれている 痒^{かゆ}い 水ぶくれがある アザがある
- その他相談したいこと ()

<スタッフ記入欄> Water Food Sleep Energy Weight _____ Kg