

# 初めての方に(小児用)

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	平成	年	月	日
お名前							
住所	〒						
電話番号	(緊急連絡先)						
体温		℃	体重				kg

1. いつからどんな症状がありますか。

いつから:( )  
 症状: 発熱(           ℃)      咳            ぜいぜい            鼻水            鼻づまり  
          のどの痛み            下痢            嘔吐            腹痛            発疹  
          うつる病気(            )            その他 (            )

2. 生まれたときの体重 (           g)  
 生まれたときの異常    なし・あり(            )

3. 今までにどんな病気をされましたか。  
 なし  
 あり → はしか            みずぼうそう            風疹            おたふくかぜ  
          突発性発疹            アトピー性皮膚炎            気管支喘息            心疾患  
          熱性けいれん            その他(            )

4. 今までに入院したことがありますか。  
 なし      あり (            歳            )

5. 予防接種を受けたものに○をつけて下さい。  
 BCG    ポリオ    三種混合    四種混合            MR(麻疹・風疹)            日本脳炎  
 ヒブ    プレベナー(小児用肺炎球菌)            おたふくかぜ            みずぼうそう  
 ロタウイルス            インフルエンザ            その他 (            )

6. アレルギーはありますか。  
 なし      あり  
 ありの方は具体的にお書き下さい。  
 例:薬、食べ物、喘息、花粉症、アトピー性皮膚炎など  
 (            )

7. どんな薬が飲めますか。  
 水薬      粉薬      錠剤      カプセル

8. 希望することはありますか。  
 例:検査      薬が欲しい      登校(登園)してよいか  
 (            )