

初めての方に(小児用)

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
 ()