

ふりがな：
お名前： _____ 男・女 (愛称) _____ 生年月日： _____ 年 月 日

住所：〒 _____

連絡先 tel：(自宅) _____ (携帯) _____ 父・母 _____

スポーツ保険適応 あり・なし 身長： _____ cm、 体重： _____ kg (_____ g)

1. 本日はどうされましたか？ (便秘、夜尿症の相談は別紙で記載いただきます。受付にお声がけください)

今のお熱： _____ 度 年齢： _____ 才 (_____ か月)

発熱 _____ 月 日から (_____ 月 日に最高 _____ °C)

咳 _____ 月 日から (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

鼻水 _____ 月 日から (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

吐く _____ 月 日 時頃から _____ 回 (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

下痢 _____ 月 日から 1 日 _____ 回 (ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

痛み _____ 月 日から (口頭、口のだ、口おなか、口耳、口その他(_____))
(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

発疹 _____ 月 日から (口頭・顔 口首 口胸・おなか・背中 口手・足 口おしり 口その他(_____))
(ひどくなっている・変わらない・良くなっている)

その他の症状 (_____)

水分摂取 (いつもどおり・やや少ない・少ない) 食事摂取 (いつもどおり・やや少ない・少ない)

排尿 (いつも通り・少ない・でない→最後にでたのは _____ 時間前)

夜間の睡眠 (いつもどおり・あまり眠れていない・眠れていない)

2. 現在使っているお薬 (飲み薬・塗り薬) はありますか？ ない ある

お薬手帳をそえるか薬のなまえをご記入下さい (_____)

3. 体質について (よく風邪をひく、よく熱を出す、よく下痢をする、ゼーゼーしやすい)

4. ミルクについて 母乳、人工乳、混合

5. アレルギーについて：気管支ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、じんましん
食べ物、薬、注射等で発疹がでたことがありますか？ (ない、ある (_____))

6. 出生時のようすについて

出生時体重 (_____ g)、週数 (_____ 週 日)、分娩時・出生時の状態 (正常・異常)

7. 接種済の予防接種 (分かる範囲でご記入ください)

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) BCG 麻疹・風疹 (1, 2) 水痘 (1, 2)
おたふくかぜ (1, 2) 三種混合 (1, 2, 3, 追加) ポリオ (1, 2, 3, 追加) 日本脳炎 (1, 2, 3, 追加) ロタ (1, 2, 3)
B型肝炎 (1, 2, 3) 他 (_____)

8. 今までにかかった病気

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
その他 (_____)

9. どちらの学校、幼稚園、保育園に通われていますか？ (_____)

10. 当院はどのようにお知りになりましたか

広告 インターネット 内覧会 知り合いの紹介 近所 その他 (_____)

11. 来院方法は？

徒歩、自転車、自家用車、バス、電車、タクシー