

ふりがな
氏名 _____ 男・女 平成 年 月 日生

住所 _____ 身長 _____ cm

電話番号 _____ () _____ 学校 _____ 年生 体重 _____ kg

●今日どのような症状がありますか？

熱（いつから _____ 最高で _____ °C・解熱剤の使用 無・有）

咳（いつから _____ 時間帯 朝・日中・夜・一日中）

喘鳴（いつから _____ ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン）

のどの痛み・頭痛・鼻汁・鼻づまり・くしゃみ・目のかゆみ・目やに

吐き気（嘔吐 _____ 回）（吐物の内容 _____ 最終嘔吐 _____ 時頃）

腹痛（下痢 _____ 回）（水様・軟便・有形）（便の色 黒・茶・黄・白・血液混）

食欲低下（いつから _____ 水分は とれる・少ない・とれない おしっこは 出る・少ない・出ない）

発疹が出ている（いつから _____ どこに _____ ）

その他（ _____ ）

●今まで病気にかかったことはありますか？

突発性発疹 痙攣（熱性・無） 水痘（みずぼうそう） おたふくかぜ はしか（麻疹）

風疹 喘息 その他（ _____ ）

●ご家族の方で病気の方は？ あり（ _____ ） なし

●現在お飲みになっているお薬はありますか？ あり なし

●内服可能なお薬の形は？ 水薬（シロップ） 粉薬 錠剤 カプセル

●アレルギーについて なし 薬（ _____ ）

食べ物（牛乳・卵・その他 _____ ）

●接種済みの予防接種

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）

BCG 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） 日本脳炎（1／2／3／追加） ロタ（1／2

／3） B型肝炎（1／2／3） その他（ _____ ）

●当院にいらしたきっかけを教えてください

知人の紹介・勧め ホームページを見て 他院からのご紹介 通りがかりに見かけた

広告を見た 以前かかったことがある その他（ _____ ）

◎その他、気になることはありますか？

ご記入有難うございました

ID: _____