

初めて来院された方へ

ご家族で当院受診歴のある方は下記にご記入ください。

カナ _____ 生年月日 _____

<当院ではご本人もしくはご家族の同意なく、第3者への情報提供は行いません。>

下記の項目にご記入もしくは○で囲んでください。

| | |
|----|----|
| 体重 | Kg |
|----|----|

年 月 日

フリガナ

お名前 _____ さん/くん

患者ID _____

生年月日 昭・平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)

ご住所 _____ 携帯番号: _____

(_____) 幼稚園・保育園・小学校・中学校

・本日はどうされましたか？

発熱(いつから 最高 度くらい)

下痢(いつから 本日 回くらい)

嘔吐(いつから 本日 回くらい)

せき たんがらみ ぜいぜい はなみず

発疹(水疱→ あり・なし)

その他

(_____)

本日 度くらい)

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)

のどの痛み 頭痛 腹痛

・現在、内服中のお薬があればご記入ください。

・ご家族、周囲の方で最近もしくは本日、特別な急性疾患をお持ちの方がいればご記入ください。

・次の中で接種済みのワクチン欄に回数の記入、または、○をつけてください。

ヒブ _____ 回 肺炎球菌 _____ 回 B型肝炎 _____ 回 ロタテック _____ 回 ロタリックス _____ 回

4種混合 _____ 回 BCG _____ 麻疹風疹混合(MR) _____ 回 みずぼうそう _____ 回

日本脳炎 _____ 回 2種混合 おたふくかぜ _____ 回

その他(_____)

・今までかかったことのある病気に○をつけてください。

みずぼうそう おたふくかぜ 溶連菌 はしか 風疹 突発性発疹

けいれん(最初は 才頃・全部で 回くらい・発熱→あった・なかった)

その他大きな病気(_____)

入院歴のある方は病名をご記入ください。(_____)

・次のアレルギー性疾患について指摘されたことがあれば○をつけてください。

小児喘息 アトピー性皮膚炎 鼻炎 食物アレルギー(食品名: _____)

薬のアレルギー(薬品名: _____)

・ご家族内にアレルギー性疾患をお持ちの方がいらっしゃる場合はご記入ください。

アレルギー名:

・その他、ご心配なこと、お聞きになりたいことなどがあればご記入ください。

(_____)