

初めて受診の方に

* 診察の参考にしますので、ご面倒ですが次の質問にお答えください

①名前() ②年齢()才()か月 保・幼・小・中
③身長() cm 体重()Kg ④現在の体温()°C

⑤いつからどういった症状がありますか(一番つよく出ている症状に◎を書いてください)

※発熱している場合【 月 日 午前・午後 時頃から 体温()°C】

・咳 月 日から ・嘔吐 月 日から
・鼻水 月 日から ・腹痛 月 日から
・発疹 月 日から ・下痢 月 日から
・食欲低下 月 日から ・便秘 月 日から
・その他 (症状:) 月 日から

⑥その他、診察時に医師に伝えたいことを具体的に記入してください

⑦予防接種歴について (該当するものに○をして、接種回数をお書きください)

麻疹風疹混合(MR) ()回 ヒブ ()回
おたふく ()回 肺炎球菌 ()回
水痘 ()回 3種混合・4種混合 ()回
(どちらかに○をつけてください)

⑧今までに入院したことがありますか (ない ・ ある)

* ある場合はその内容と時期をお書きください(H 年 病名)

⑨喘息はありますか? (はい ・ いいえ)

⑩最近、予防接種をしましたか? (はい ・ いいえ)

ワクチンの種類() いつ(月 日)

⑪以下の項目でアレルギーはありますか?ある場合は○で囲んでください。

・花粉症 ・ 金属 ・ ゴム ・ 薬 (薬剤)
・ 食品 (食品名:) ・その他 ()

⑫アルコール綿や絆創膏の使用で皮膚のかぶれはありますか? (はい ・ いいえ)

⑬歯の治療時に麻酔を使用したことのあるお子さんにお聞きします。

麻酔使用時に何か異常がありましたか? (はい ・ いいえ)

薬について

⑭現在飲んでいる薬はありますか (ある ・ ない)

* ある場合にはお薬手帳をお出してください

⑮薬は何が飲めますか (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル)

* 上記のうち特に希望されるものがある場合には◎をしてください