

記載日: _____

はじめて来院された方へ

フリガナ

お名前 _____ 男 / 女 生年月日 _____ 平成、令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

_____ 保育園、幼稚園、小学校

〒

ご住所 _____ 電話 _____

_____ 携帯 _____

体重 _____ kg

1. 今日はどのような事で来られましたか？

いつから？(_____)現在の体温(_____)度
 発熱(最高 _____)度 せき 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 発疹
 のどの痛み 食欲が無い 血便 育児相談 その他(_____)

2. 出産時の様子

妊娠中、出産時に特別な事が (あった 、 無かった)

出生時体重 (_____ g)
 在胎 _____ 週 または 予定日 _____ 月 _____ 日

3. 今までに大きな病気、けが、または入院したことがありますか

ない、 _____ ある(病名 _____)

4. 以下の病気でかかったものに○をつけて下さい

みずぼうそう おたふくかぜ 風疹 はしか 熱性痙攣 ひきつけ 突発性発疹症 百日咳

5. 下記のアレルギー疾患のうち該当するものに○をつけてください

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんま疹
 食物アレルギー(原因食物 _____)

6. 薬や注射で発疹など、具合が悪くなったことがありますか。

ない _____ ある(原因薬剤 _____)

7. 体質について、あてはまるものに○をつけて下さい

よく咳がでる よく熱をだす よく下痢をする

8. ご兄弟はいらっしゃいますか？ いいえ はい(兄 _____ 人、姉 _____ 人、弟 _____ 人、妹 _____ 人)