

ふりがな

お名前

男・女

来院時の体温 度

生年月日 年 月 日 才 ヶ月

最近の体重 Kg

ご住所
〒

電話番号 ()

生まれたとき
在胎週数 週 日で生まれました。 出生体重 g

生まれたとき、治療を受けましたか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は具体的に

成長発達で、何か問題を言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は具体的に

アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は具体的に

今まで大きな病気にかかったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方は具体的に

下記の病気にかかったことはありますか？

麻疹(はしか) 風疹 水痘(みずぼうそう) 流行性耳下腺炎(おたふく) インフルエンザ
熱性けいれん 熱が無いけいれん ぜんそく クループ じんま疹 アトピー性皮膚炎

現在、薬を飲んでいますか？

本日はどうされましたか？ いつごろからですか？

次の症状はありますか？ あるものに丸をつけてください。それはいつごろから始まりましたか？
発熱 セキ 鼻水 鼻づまり 腹痛 下痢 嘔吐 便秘

ほかにも何かありましたら、ご相談ください。

近所や幼稚園・保育園・学校で流行している病気はありますか？

お薬はどれが飲みやすいですか？ (粉薬 ・ シロップ ・ どちらでもよい)