

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 郵便番号 _____ 電話番号 _____ (_____) _____

・ 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？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方はお薬の内容をご記入ください

・ 本日はどうされましたか？ 次の症状があるものに丸をつけてください。

発熱 セキ 鼻水 鼻づまり 腹痛 下痢 嘔吐 便秘

その他 _____

・ いつごろからですか？ _____

・ 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)