

受診される方へ



(下記の項目については記入もしくは○で囲んでください)

ふりがな		男・女	平成	年	月	日生	
お名前					才	ヶ月	
ご住所	〒	-	電話	()			
			携帯	()			
			メールアドレス				

診察希望 院長 ・ 2診 ・ 早い方

1. 当院にご来院のきっかけは？

看板広告を見て・知人からの紹介・紹介状持参・インターネット・近所だから
その他 ()

2. 今日はどのようなことでこられましたか？

熱 () 度 [解熱剤使用 () 時頃]、せき、鼻水 (緑、透明)、たん、下痢 (水様、軟便)、
嘔吐 () 回、[気持ち悪くて、咳き込んで、その他 ()]、腹痛、頭痛、のどの痛み、
食欲がない、血便、発疹、アトピー (SOD軟膏希望 あり、なし)、育児相談、
その他 ()

・その症状はいつから始まりましたか () 日前から) 現在の体重 () kg

3. どんなお薬がご希望ですか？ ※必ずご記入お願いします。

→ ・シロップ ・粉 ・粒 ★解熱剤→ 坐薬 ・ 粉 ・ シロップ ・ 粒

4. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか →いる、いない、わからない
大きな病気や慢性病にかかった方はいますか →いる、いない、わからない

5. 体質について

・食べ物、薬、注射等で発疹がでたことがありますか
ない ・ ある (品名 ())

6. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、じんましん、食物アレルギー

7. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない ・ ある (その病名: ())

8. 今まで病気にかかったことがありますか？

百日咳、はしか (麻疹)、みずぼうそう (水痘)、おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)、風疹、
突発性発疹、ひきつけ、その他 ()

9. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG、みずぼうそう (水痘)、おたふく、はしか (麻疹)、風疹、麻疹風疹混合 (MR)、日本脳炎
ツベルクリン反応 (陰性、陽性)、三種混合 (1期、2期)、ポリオ (1回目、2回目)

10. 出生時の様子について

出生時体重 () g、分娩時・出生時の状態 (正常、異常)
予定日より () 日 →早かった、遅かった、予定日通り

11. どんなお乳で育てましたか →母乳 ・ 人工乳 ・ 混合

12. 乳幼児の発育について

笑う () ヶ月、首のすわり () ヶ月、お座り () ヶ月、歩き始め () ヶ月)