

ご記入日 年 月 日

ふりがな		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
お名前				
ご住所	〒	体温	℃	
		体重	kg	
電話		身長	cm	
保護者携帯		記入者	母親・父親・祖父母・その他 ()	

今日は、どのようなことで来られましたか？ (複数回答可)

発熱 (最高 ℃) たん せき 鼻水 鼻づまり
 のどの痛み 頭痛 腹痛 下痢 便秘
 はきけ 発疹 その他 ()

上記の症状はいつからですか？

今日 () 日前から その他 ()

今までに受けた予防接種は？ (複数回答可)

BCG ヒブ 小児肺炎球菌 B型肝炎 ロタ
 ポリオ (生・不活化) 3種混合 (DPT) 4種混合 (DPT+不活化ポリオ)
 麻しん 風しん MR (麻しん風しん混合) みずぼうそう おたふくかぜ
 A型肝炎 日本脳炎 子宮頸がん 今シーズンのインフルエンザ
 その他 ()

お子さまがかかったことのある病気は？ (複数回答可)

けいれん (ひきつけ) : なし あり (熱があるとき ___ 回、熱がないとき ___ 回)
 突発性発疹 みずぼうそう おたふくかぜ 溶連菌感染症 百日咳
 はしか (麻しん) 風しん 中耳炎 発達障害 リンゴ病
 心臓病または川崎病 手足口病 ぜんそく 花粉症
 その他 ()

今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことは？

なし あり (薬品名や食べ物名:)

近所や通学先で、下記の病気にかかっている、またはかかっていた方はおられますか？ (複数回答可)

みずぼうそう おたふくかぜ 溶連菌感染症 百日咳 リンゴ病
 はしか (麻しん) 風しん 手足口病 ヘルパンギーナ インフルエンザ
 プール熱 下痢症 流行性角結膜炎
 その他 ()

薬の剤形について、飲めるものに印をつけてください。

こなぐすり シロップ 錠剤 カプセル

当クリニックを知ったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

家から近い 学校から近い 知人や家族からの紹介 看板 インターネット (ホームページ)
 その他 ()

その他、先生に聞きたいことはありますか？

