

| | | | | |
|------------|-----------|--------|------|-----------|
| 診察される方のお名前 | ふりがな | 男 女 | 生年月日 | H・R 年 月 日 |
| 住所 | 〒 TEL () | | | |
| 出生病院 | | 出生体重 | g | 母乳・ミルク・混合 |
| 幼稚園 保育園 | 通っていない | 小学校以上 | 学校 年 | |

❁本日の来院内容

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 熱がある(°C) | <input type="checkbox"/> のどが痛い | <input type="checkbox"/> ひきつけた |
| <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> 鼻がでる | <input type="checkbox"/> 鼻がつまる |
| <input type="checkbox"/> アレルギー相談 | <input type="checkbox"/> 血液型 (2,350円) | <input type="checkbox"/> 発疹 (手・足・顔・体) |
| <input type="checkbox"/> 元気がない | <input type="checkbox"/> 機嫌が悪い | <input type="checkbox"/> 体重が増えない |
| <input type="checkbox"/> 頭痛・胃痛・腹痛・胸痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 (回) | <input type="checkbox"/> 下痢・血便 (回) |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 予防接種 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 陰部の相談 | <input type="checkbox"/> 感染症の疑い (インフル・水痘・おたふく・溶連菌・ () | |

❁いつからですか？

月 日 () ~

- ❁現在の症状で薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)
- ❁ほかに薬を飲んでいますか？お薬手帳をご提出ください (はい ・ いいえ)
- ❁薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

❁過去に以下のような病気・手術・入院をしたことがありますか？

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 川崎病 | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> おたふく |
| <input type="checkbox"/> 百日咳 | <input type="checkbox"/> その他感染症 () | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 通院中 () | 経過観察中 () |

❁当院受診のきっかけ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家族の受診 (受信者名) | <input type="checkbox"/> インターネット・ホームページ |
| <input type="checkbox"/> 知人の紹介 (受信者名) | <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他 |

| | | | |
|-------|--|----|--|
| 父 勤務先 | | 職業 | |
| 母 勤務先 | | 職業 | |