

ふりがな		男・女	平成・令和	年齢	才	体重		本日の体温
氏名			年 月 日生		か月	kg		℃
住所	〒			連絡先	自宅電話：( ) - 携帯電話：( ) - どなたの携帯：母・父・祖父母			
今日はどうかさいましたか？ あてはまるものに☑してください	<input type="checkbox"/> 発熱 いつから： 月 日 時頃から 解熱剤：あり・なし ひきつけ経験：あり・なし 最高 ℃ <input type="checkbox"/> はな いつから： 月 日頃 (サラサラ・ネバネバ・鼻づまり・他 ) <input type="checkbox"/> せき いつから： 月 日頃 (痰がらみ・から咳・ゼーゼー音・ケンケン音・他 ) <input type="checkbox"/> のどの痛み いつから： 月 日頃 <input type="checkbox"/> 嘔吐 いつから： 月 日 日 回 最後に吐いた時間： 月 日 時 水分：普段どおり・普段の( )・とれない <input type="checkbox"/> 下痢 いつから： 月 日 日 回 (水様・泥状・軟便/黄色・茶・白・赤) <input type="checkbox"/> 腹痛 常に・時々・1日 回 どのタイミングで： <input type="checkbox"/> 便秘 いつから： 月 日 排便頻度： 排便時痛がる：はい・いいえ <input type="checkbox"/> 発疹 いつから： 月 日 (全身・顔・手・足・お尻) かゆみ：あり・なし <input type="checkbox"/> 目やにいつから： 月 日頃 (両目・右目・左目) かゆみ：あり・なし 充血：あり・なし <input type="checkbox"/> 家族や学校に具合の悪い方はいますか？： はい・いいえ ⇒どなた： どの様な症状・病名： <input type="checkbox"/> その他							
出生時の様子について	<input type="checkbox"/> 満期産 <input type="checkbox"/> 早期産 (在胎 週) <input type="checkbox"/> 出生時体重( kg) <input type="checkbox"/> 出生時の異常：なし・あり 乳児健診で異常を指摘されたことがありますか？ なし・あり( )							
一覧の病気について	予防接種したものに☑してください <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> インフル			今までにかかった事のある病気 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 百日咳 ・今までにひきつけた事がありますか？ ない・ある ある⇒最終年齢 歳 年 月 日：計 回 抗けいれん剤の使用：なし・あり 薬名： 抗けいれん剤の予備 あり・なし				
	過去に入院・手術・輸血の経験はありますか？ ない・ある ⇒入院・手術・輸血 歳ごろ 病名：							
今までに一覧のアレルギー疾患を指摘された事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(アレルギー)							
今までに食物・薬・注射で異常をおこした事がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (食べ物： ) (お薬： 注射： )							
現在他の病気で治療中ですか？	いいえ・はい ⇒ 病院名： 病名： 服用中の薬名：							
お薬の希望ありますか？	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 何でも可 ※ご希望に添えない場合もございます。							
その他、要望等がありますか？								