

初めて診察される方
久しぶりの来院の方

○高校生～大人まで○

記入日
年 月 日

ふりがな	男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	体重 kg	不明な場合 記入不要	本日の体温 °C	
氏名								
住所	〒	連絡先	自宅電話：() - 携帯電話：() - ⇒どなたの携帯：本人・母・父・祖父母					
今日はどうなさいましたか？ 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 最高 °C 解熱剤：あり・なし 頭痛：ある・ない 寒気：ある・ない 関節痛：ある・ない <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 1日 回 最後に吐いた時間： 月 日 時 <input type="checkbox"/> 下痢 いつから： 月 日 1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"/> 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						
一覧の病気について		予防接種したものに☑してください		過去に入院・手術・輸血の経験はありますか？				
		<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 <input type="checkbox"/> わからない		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：						
女性の方のみ		・現在妊娠中 はい(ヶ月)・いいえ・可能性あり ・現在授乳中 はい・いいえ						
その他、要望等はありますか？								

*現在服用中の薬がある場合、直前まで服用していたお薬がある場合お薬手帳も一緒に受付に提示ください。

安藤こどもクリニック

*ご記入が終わりましたら受付にお持ちください。