

フリガナ 男 平成 現在の体温 °C
お名前 女 生年月日 令和 年 月 日 (歳) 体重 kg
ご住所〒

お電話番号

携帯番号 (患者様との関係：父、母、その他 ())

*診療に関する必要な連絡の時のみ使用させていただきます。必ず連絡が取れる番号をご記入ください。

1. 本日はどうして来院されましたか？ (いつからどんな症状があるかご記入ください)

ご家族やお友達で流行している病気はありますか？ いいえ はい ()

最近コロナウイルス感染症の流行の地域への渡航や、濃厚接触がありますか？ いいえ はい

2. お子様の様子をご記入ください。

食事量 良好・・・やや少なめ・・・半分くらい・・・少量・・・全く食べず

水分摂取 良好・・・やや少なめ・・・半分くらい・・・少量・・・全く飲まず

尿量 良好・・・やや少なめ・・・半分くらい・・・少量・・・12時間以上なし

便 いつも通り 便秘 (日に1回) 下痢 (回数 回/日)

元気 良好・・・やや元気なし・・・元気なし・・・ぐったり・・・寝てばかり

嘔吐 なし あり (嘔吐した時間 :)

睡眠 良好・・・ときどき起きる・・・眠れない

3. 現在内服中のお薬はありますか？ なし

あり (内容 ;)

4. アレルギーはありますか？ なし あり 薬 () 食品 ()

5. 今日の診察についてのご希望

薬 (粉、シロップ、錠剤) (*ご希望に添えないことがあります)

解熱剤が必要ですか？ いらぬ 必要 (粉希望 坐薬希望 錠剤希望)

検査治療について希望がありますか？

6. (中学生以上の女の子のみ) 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

7. 現在の集団生活 なし あり (園名、学校名)

8. これまでに発育や発達について、問題を指摘されたことがありますか？

なし あり (具体的に)

9. これまでにかかったことがある病気について (○をつけてください)

熱性けいれん 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 麻疹 風疹 みずぼうそう おたふくかぜ 百日咳

中耳炎 腎炎 喘息性気管支炎 心疾患 尿路感染症 肝臓疾患

10. 入院したことがありますか？ なし あり (病名)

手術を受けたことがありますか？ なし あり (病名)

11. 出生の様子とその後について (2歳未満の方のみ記入して下さい)

妊娠中の状態 問題なし 問題あり ()

妊娠 週で出生 生まれた時の体重 g

出生後の異常 なし あり (具体的に)

栄養法 (母乳ミルクを飲んでいる人のみ記入)

母乳 () 分を1日 () 回、ミルク1回 () mlを1日 () 回

離乳食 1日 () 回

12. 予防接種について (うけたものに○をつけてください)

定期接種はすべてうけていますか？ はい いいえ

BCG

ヒブワクチン (1. 2. 3. 4)

小児用肺炎球菌 (1. 2. 3. 4)

B型肝炎ワクチン (1. 2. 3)

四種混合ワクチン (1. 2. 3. 4)

麻疹風疹ワクチン (1. 2)

水痘 (1. 2)

日本脳炎 (1. 2. 3. 4)

ロタウイルスワクチン (1. 2. 3)

おたふく (1. 2)

子宮頸がんワクチン (1. 2. 3)

※処方箋のFAXをご希望される方はご希望の調剤薬局へ対応が可能か確認していただいた上で
調剤薬局名とFAX番号を記入してください。