

車種 () 色 () ナンバー () 電話番号 (- -)

フリガナ ※ねつで来院の方は車種など記入をお願いします。

おなまえ: _____ (男・女) 生年月日: S・H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)

身長: _____ cm 体重: _____ kg ※体重の測定は毎回お願いいたします。 体温: _____ °C

_____ 託児所・保育園・こども園・幼稚園・小学校・中学校 / 未就園児

(右記記載事項を希望される場合はし点を入れてください) 吸入希望 鼻汁吸引希望 アレルギー検査・血液型検査結果を聞きに来た

●ねつ : いつから (月 日 曜日から) → ※「熱型表」をつけてきていただいた方はお見せください。

●頭痛 : いつから (月 日 曜日から)

●吐き気 : いつから (月 日 曜日から) → (今は大丈夫 ・ 今も気持ち悪い)

●おう吐 : いつから (月 日 曜日から) 1日 _____ 回くらい吐いた

●げり : いつから (月 日 曜日から) 1日 _____ 回くらい下痢している (便の色 黒色・茶色・黄色・白色)

最後に便がでたのは (月 日 曜日) → 便の硬さ (硬い便 ・ 普通便 ・ なん便 ・ 水様便)

●腹痛 : いつから (月 日 曜日から)

●便秘 : (_____ 日くらい出ていない ・ 以前からの続き → 毎日出る ・ 2~3日に1回出る)

●せき : いつから (月 日 曜日から) → (せきあげ : なし ・ あり ・ せきで吐きそう)

●ゼーゼーする : いつから (月 日 曜日から) ●のどが痛い : いつから (月 日 曜日から)

●はな水 : いつから (月 日 曜日から) ●はなづまり : いつから (月 日 曜日から)

●発疹 : いつから (月 日 曜日から) 部位: _____ かゆみ: あり ・ なし / 乾燥している

●ぜん息 : (経過受診 → 落ち着いている ・ 喘息ぎみ) (※) その他、症状がありましたら余白部分に、ご記入ください。

※★印の箇所は、必ずご記入下さい。 ★水分は摂れていますか: はい ・ いいえ ★夜ぐっすり眠れていますか: はい ・ いいえ

★ 現在、他の医療機関に通院していますか? いいえ ・ はい (病院名 _____ 受診日、治療内容等 _____)

★ 現在または最近まで使用していた薬はありますか? いいえ ・ はい (病院名: _____ 薬の名前: _____)

★ 薬のアレルギーはありますか? いいえ ・ はい (薬の名前、症状等 _____)

★ (女性:おとなのかた) 現在妊娠中または授乳中でありますか? いいえ ・ はい (妊娠週数 _____ 週 ・ 授乳中です)