

ID:

小児科

受診日: 年 月 日

下記の質問事項にお答えください

※○、□にチェックをお願いします。

ふりがな

氏名

男 女 年齢 歳 ヶ月

体重 kg

生年月日 平成 令和 年 月 日

1 現在の体温はいくらですか？

体温 ℃(外来にある体温計で診察前に測っておいて下さい。)

2 今日どのような症状で来院されましたか？ (例:3日前から咳、昨日から発熱)

※食欲はありますか？ (○ある ○やや少ない ○なし)

※機嫌はどうか？ (○良い ○やや悪い ○悪い)

※何人兄弟姉妹中の何番目ですか？ 人中 番目

3 ご家族・ご友人に同じ症状の方はいらっしゃいませんか？

いない

いる (父 母 兄弟姉妹 その他)

4 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

ない

ある

受診日: 年 月 日

医療機関名:

5 現在、飲んでいる薬はありますか？

ない

ある 薬の名前()

6 予防接種について (摂取済の予防接種にチェックをお願いします。)

三種混合 四種混合 生ポリオ 不活化ポリオ MR 二種混合 BCG 日本脳炎

ヒブワクチン 肺炎球菌 おたふく 水痘 ロタ その他

7 今まで食品や薬などでアレルギーを起こしたこと (じんましんが出たり気分が悪くなったなど)はありますか？

①薬:

ない

ある :薬の名前()

②食品など :

ない

症状()

ある :薬の名前()

症状()

8 けいれんや、その他に大きな病気をしたことがありますか？

ない

ある けいれん(最後は 歳の時で、合計 回)

その他 ()

9 出生児の状況についてお尋ねします。(3歳未満の方は記載をお願いします。)

正常分娩

異常分娩

週 日

・出生体重

g

ご協力ありがとうございました。