

初めて受診の方に

* 診察の参考にしますので、ご面倒ですが次の質問にお答えください

①名前() ②年齢()才()か月 保・幼・小・中

③身長() cm 体重()Kg ④現在の体温()°C

⑤いつからどういった症状がありますか(一番つよく出ている症状に◎を書いてください)

※発熱している場合【 月 日 午前・午後 時頃から 体温()°C】

- | | | | |
|-------------|-----|-----|-----|
| ・ 咳 | 日から | ・嘔吐 | 日から |
| ・鼻水 | 日から | ・腹痛 | 日から |
| ・発疹 | 日から | ・下痢 | 日から |
| ・食欲低下 | 日から | ・便秘 | 日から |
| ・その他 (症状:) | | | 日から |

⑥その他、診察時に医師に伝えたいことを具体的に記入してください

⑦予防接種歴について (該当するのみに○をして、接種回数をお書きください)

- | | |
|----------------|------|
| () 麻疹風疹混合(MR) | ()回 |
| () おたふく | ()回 |
| () 水痘 | ()回 |
| () ヒブ | ()回 |
| () 肺炎球菌 | ()回 |
| () 3種混合・4種混合 | ()回 |
- (どちらかに○をつけてください)

⑧今までに入院したことがありますか (ない ・ ある)

* ある場合はその内容と時期をお書きください

薬について

⑨現在飲んでいる薬はありますか (ある ・ ない)

* ある場合にはお薬手帳をお出してください

⑩薬は何が飲めますか (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル)

* 上記のうち特に希望されるものがある場合には◎をしてください