

外来受診されるかたへ _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____ 診察券の番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 体重 _____ kg

本日はどのようなことで来院されましたか？ あてはまるものに印をつけてください。

- 発熱 _____ 月 _____ 日より _____ °C ぐったりしている
- 咳 _____ 月 _____ 日より 鼻汁 _____ 月 _____ 日より
- 嘔吐 _____ 月 _____ 日より 下痢 _____ 月 _____ 日より
- ゼーゼーしている _____ 月 _____ 日より
- 発疹や湿疹など皮膚がぶつぶつしている・赤みがある
- 頭痛 腹痛
- 発達について相談したい 予防接種を受けたい 健診を受けたい
- そのほか

現在飲んでいる薬、吸入している薬はありますか？

- ない ある

ご兄弟、ご家族で体調を崩されている方はいますか？

- いない いる 誰ですか _____
どのような症状ですか _____

現在慢性の病気で、ほかの病院に通院されていますか？

- いない いる
何の病気ですか _____

薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- ない ある

そのほかお聞きになりたいことがありましたらお知らせください。

【初診のかた、しばらくぶりに来院されたかたにお聞きいたします】

※母子手帳をお持ちでしたら、お見せください。

生まれた時の状況を教えてください。()内は、あてはまるものを丸で囲んでください。

在胎 _____週 出生時体重 _____g (経膈分娩・帝王切開)

元気に生まれましたか (はい・いいえ)

(保育器に入った・新生児治療室に入院した・酸素を使った・黄疸が強かった)

首が座った _____か月、お座りした _____か月、歩いた _____歳 _____か月

単語を話した _____歳 _____か月、言葉がつながった _____歳 _____か月

これまで大きな病気にかかって、入院したことがありますか？

ない ある

何の病気ですか _____ いつ頃ですか _____

これまでにかかったことのある病気を教えてください。

はしか 風疹 百日咳 みずぼうそう おたふくかぜ
突発性発疹 溶連菌感染症 尿路感染症 熱性けいれん 川崎病

これまで受けた予防接種を教えてください。

四種混合ワクチン (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ混合ワクチン (DPT-IPV))

三種混合ワクチン (ジフテリア・百日咳・破傷風混合ワクチン (DPT))

はしか・風疹混合ワクチン (MR) ポリオワクチン (経口・注射)

BCG ワクチン 肺炎球菌ワクチン Hib ワクチン

みずぼうそうワクチン おたふくかぜワクチン 日本脳炎ワクチン

インフルエンザワクチン B型肝炎ワクチン 子宮頸がん予防ワクチン

ロタウイルスワクチン

そのほか _____

家族構成を教えてください。

ご家族の中で、慢性の病気をお持ちのかたはいらっしゃいますか？

いない いる 誰ですか _____

何の病気ですか _____

現在通われている幼稚園、保育園、学校を教えてください。

_____ (幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校) _____年 _____組

ありがとうございました。