はじめて診察される方
久しぶりの来院の方

＊0歳～中学生まで＊

記入日　　年　月　日

ふりがな		男・女	平成・令和　年　月　日	年齢	歳　ヶ月	体重	kg	本日の体温
氏名								℃
住所	〒　－	連絡先	自宅：(　　)－　　－ 携帯：(　　)－　　－ どなたの携帯：母・父・祖父母					

本日の症状について
あてはまるものに☑してください

□発熱　いつから：　月　日　時頃から　最高　℃
　解熱剤：あり・なし　/　ひきつけ(熱性痙攣)：あり・なし
□鼻水　いつから：　月　日　(さらさら・ねばねば・鼻づまり・他　)
□せき　いつから：　月　日　(痰がらみ・空咳・ゼーゼー・ケンケン・他　)
□喉の痛み　いつから：　月　日
□嘔吐　いつから：　月　日　1日に　回くらい
　最後に吐いた時間：　月　日　時頃　【水分】：摂れている・摂れていない
□下痢　いつから：　月　日　1日に　回くらい(水様・泥状・軟便 / 黄・黄・白・赤)
□腹痛　いつから：　月　日　(常に・時々) 1日　回　どのタイミングで：
□便秘　いつから：　月　日　頻度：　痛がる：はい・いいえ
□発疹　いつから：　月　日　(全身・顔・手・足・お尻)　かゆみ：あり・なし
□目やに　いつから：　月　日　(両目・右目・左目)　かゆみ：あり・なし
□ご家族や周りに体調の悪い方がいる：はい・いいえ
　→どなた：　どのような症状：
□その他の症状：

出生時のようす

□満期産　□早期産　(胎児　週)　出生体重：　グラム
出生時の異常：あり・なし　ありの場合、どのような症状→
乳児健診で異常を指摘されたこと：ある・ない
ありの場合、どのような症状→

病気について

接種したワクチン

□ロタ　□五種混合　□肺炎球菌　□B型肝炎　□BCG
□日本脳炎　□MR(麻疹・風疹)　□水ぼうそう　□二種混合
□おたふく　□ヒブ　□四種混合　□インフルエンザ

入院・手術・輸血の経験

ない・ある　→　入院・手術・輸血
　歳頃　病名：

かかったことのある病気

□突発性発疹　□水ぼうそう　□おたふく　□溶連菌
□RSウイルス　□気管支炎　□肺炎　□喘息　□百日咳
□はしか　□風しん　□川崎病　□その他：

ひきつけ(痙攣)経験：ない・ある
最終年齢　歳(　年　月頃)　計　回
抗けいれん薬の使用：なし・あり
薬名：　薬の予備：なし・あり

アレルギー疾患について

アレルギー疾患：ない・ある　→　□喘息　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性結膜炎　□じんましん
食物アレルギー：ない・ある　→　ある場合、品名：

食物・薬・注射での異常について

食物・薬・注射で異常を起こしたこと：ない・ある
ある場合　→　食物・お薬・注射
品名：

治療中の病気

ない・ある　→　病名：
治療中の病院名：
内服中の薬名：

お薬の希望

□粉　□シロップ　□錠剤　□何でも可
※ご希望に添えない場合もございます

その他の要望など

☆現在、内服中のお薬や直前まで服用していたお薬がある場合は、お薬手帳も一緒に受付にご提示下さい
☆ご記入が終わりましたら受付までお持ち下さい

安藤こどもクリニック