はじめて診察される方
久しぶりの来院の方

＊高校生～大人＊

記入日　　年　月　日

ふりがな		男・女	昭和・平成　年　月　日	年齢	歳	体重	不明な場合記入不要 kg	本日の体温 ℃
氏名								
住所	〒　－			連絡先	自宅：(　　)－　　－ 携帯：(　　)－　　－ どなたの携帯：本人・母・父・祖父母			

本日はどうなさいましたか？ 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　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：

病気について(分かる範囲で)	接種したワクチン (大人の方は記入不要) □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：		
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：
女性の方のみ	妊娠中：可能性あり・いいえ・はい　(現在　ヶ月) 授乳中：はい・いいえ		
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