

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 男・女 ) S・H 年 月 日生 ( 才 ヶ月)

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ k g ※お薬の量の参考にします。ご不明の場合お声かけ下さい

住所 〒	
自宅 Tel.	携帯 Tel.
保護者氏名	
<input type="checkbox"/> 未就園 <input type="checkbox"/> (園・学校名 _____ ) 保育園・幼稚園・小・中・高・その他	
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	

※経過表・お薬手帳・母子手帳 (0歳児の場合) をお持ちの方は受付にお渡しください

★本日はどのような症状がありますか？

- 発熱 ( 月 日 朝・昼・夕・夜から～ \_\_\_\_\_ °C) 最高 ( \_\_\_\_\_ °C)
- 咳 ( 月 日～ )  鼻水・鼻づまり ( 月 日～ )
- おうと ( 月 日～ 回/日 )  下痢 ( 月 日～ ) ( 軟便・泥状・水様 )
- 便秘 (最終排便 \_\_\_\_\_ 月 日、便性は \_\_\_\_\_ 普通・ころころ)
- 痛み ( 月 日～ ) 頭・おなか・耳 (右/左) ・のど・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 皮膚 ( 月 日～部位: \_\_\_\_\_ ) 発疹・乾燥・かゆみ・けが・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- その他の症状 ( \_\_\_\_\_ )

現在、ご家族や周囲で流行っている病気がありますか？

- ないです ・ わからないです
- あります 胃腸炎・インフルエンザ・溶連菌・アデノウイルス・手足口病  
(父・母・兄弟) プール熱・RSウイルス・みずぼうそう・おたふく  
(その他 \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在、治療や投薬を受けている病気がありますか？

- いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ ) ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しください

★今までに大きな病気にかかったことがありますか？

- ありません けいれん(熱あり・熱なし) ぜんそく その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 入院・手術 (病名: \_\_\_\_\_ 時期: \_\_\_\_\_ 年 月)

★出生時・新生児期になにか特別なケアを受けましたか？ ※母子手帳を見せていただくことがあります

- ありません あります (在胎 \_\_\_\_\_ 週、体重 \_\_\_\_\_ g:内容 \_\_\_\_\_ )

★アレルギーはありますか？

- いいえ  はい <薬剤> ( \_\_\_\_\_ ) <食物> ( \_\_\_\_\_ )  
<その他> ( \_\_\_\_\_ )

★この2週間の海外渡航歴 なし あり (国名 \_\_\_\_\_ )

職員記入欄

SpO2 \_\_\_\_\_ %, HR \_\_\_\_\_ 回, BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

紹介状 \_\_\_\_\_ 処方なし \_\_\_\_\_ 検査 \_\_\_\_\_ 処置 \_\_\_\_\_