

# はじめて来院された方へ

日本語が話せる ・ 話せない

ふりがな				男 Male ・ 女 Female
受診する方のお名前 Child's Name				
愛称 Nick name	生年月日 Birth date	体重	年齢 Age	
	年 月 日	g / kg	才 ヶ月	
自宅住所 Address			電話 Phone	
〒				
(帰省されているかたはご実家の連絡先もご記入ください) 帰省先住所			帰省先TEL	
当院を受診したことのあるご兄弟がいたらおしえてください			お名前( )	

今日はどのようなことで来院されましたか？

- ・ 予防接種 Vaccination
- ・ 健診 health checkup
- ・ 他院からの紹介 (紹介理由)
- ・ 発熱 fever (今日の熱 °C)
- ・ 頭痛 headache
- ・ せき cough
- ・ 鼻水 runny nose
- ・ のどが痛い sore throat
- 吐き気 nausea
- ・ おう吐 vomiting
- ・ おなかが痛い abdominal pain
- ・ 下痢 diarrhea
- その他 others ( )
- 上記の症状はいつからですか？ How long ( )
- 上記の症状で、受診・処方を受けたことはありますか？ ない ・ ある (←お薬手帳をご準備ください)
- 同じ症状のご家族はいますか？ いない ・ いる (どなたですか？ )

出生についておうかがいします

- ・ 出生した病院をおしえてください ( )
- ・ 在胎週数 ( ) 週
- ・ 出生体重 ( ) グラム
- ・ 出生時の異常はありましたか？ なし ・ あり ( )

今までに けいれんをおこしたことはありますか？

なし ・ あり 熱性けいれん ( ) 回 無熱性けいれん ( ) 回

アレルギーについておうかがいします

- ・ 今まで食べ物や薬・注射などで発疹がでたことがありますか？  
ない ・ ある (品名 )
- ・ 今まで指摘されたことがある疾患はありますか？  
気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー (食品名 )
- ・ ご家族の方にアレルギー体質(喘息・食物アレルギー・花粉症)の方はいますか？  
わからない ・ いない ・ いる

継続的に使用しているお薬がある方は、お薬手帳をご準備ください