

—初めて受診される方へ〔大人の方用〕

記入日 年 月 日

ご面倒ですが、診察時の参考として必要ですので、ご記入ください。

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日 年 月 生 ( 歳)
現住所	〒	連絡先電話番号 (自宅) (携帯)	
家族の構成	同居している人に○をつけてください。(子どもは全員の年齢を記入ください) 夫、妻、子ども( ) 父親、母親、その他( )		
今までにかかった病気等	これまでにかかった大きな病気や手術歴があれば、お書きください。		
アレルギーについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 食べ物でアレルギーの症状がでた事がありますか。 ない・ある(いつ頃、何で )</li> <li>• お薬でアレルギーの症状がでた事がありますか。 ない・ある(いつ頃、何で )</li> </ul>		
現在の病気	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 現在、治療中の病気がありますか。 いいえ・はい(いつから、何で： )</li> <li>• 現在、飲んでいる薬がありますか。 いいえ・はい(いつから、薬名： )</li> </ul>		
女性の方に	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 現在妊娠している可能性はありますか。 ない・ある・わからない</li> <li>• 現在授乳していますか。 いいえ ・ はい</li> </ul>		
喫煙について	タバコをすいますか？(該当するものに ○をつけてください) ( 吸わない 、 喫煙している )		

裏面もご記入ください



ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月) 男・女 体温 \_\_\_\_\_ °C、体重 \_\_\_\_\_ Kg

クリニック記入欄

通園・通学施設名 ( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

SP02	%
PR	
血圧	/

**～診察前の飲食、授乳はお控えください～**

ご家族からの預かっているメモ、日誌、母子健康手帳、小児科受診ノート等があれば一緒に提示ください。

必要に応じて 看護師が問診に伺います。

- ・今日 来院された目的は 何ですか

- ・その症状はいつからどのような様子ですか。再診の方は前回の受診後からの様子を記入ください

- ・発疹がありますか ( ある ・ ない )

- ・上記以外に 次の症状があれば ○をしてください

〈 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 肌トラブル 〉

- ・食事は取れていますか 〈いつも通り ・ いつもより取れていない (いつもの 割くらい)〉

- ・水分はとれていますか 〈いつも通り・いつもより少ない・ほとんどとれていない〉

- ・睡眠はとれていますか 〈いつも通り・時々起きる・ほとんど眠れていない〉

- ・現在、あなたのお子さんの周囲で、流行っている病気がありますか 〈 ある ・ ない 〉

〔具体的に

- ・現在、あなたのお子さんが使っている薬がありますか 〈 ある ・ ない 〉

( 飲み薬、吸入薬、貼り薬、塗り薬、含む ) \*お薬手帳があれば、提出してください

- ・その他 心配なことや 気になる症状 聞きたいことはありますか

