

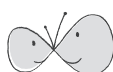
— 初めて受診される方へ〔中学生以上の方用〕

記入日 平成 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 平成 年 月 日生 (歳)
現住所	〒	連絡先電話番号 (自宅) (携帯)	
通学施設	() 中学校・高校・その他 () [年]		
家族の構成	同居している人に○をつけてください。(きょうだい、兄○歳というように記入ください) 父親、母親、きょうだい () 祖父、祖母、その他 ()		
家族の喫煙	同居している人の中で喫煙している人に○をつけてください。 父親、母親、祖父、祖母、その他 ()		
予防接種の 接種状況	すでに受けたものに全て○をつけください。 ・ MRワクチン(麻疹+風疹)：3期 ・ 水痘(みずぼうそう) ・ 耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 子宮頸がん(HPV) ワクチン：1回目、2回目、3回目 ・ その他 ()		
今までにかか った病気	病気になったことのあるものに○をおつけください。 麻疹、風疹、水痘、耳下腺炎、熱性けいれん、気管支喘息、 アトピー性皮膚炎、川崎病、その他 () ・ これまでに入院した事がありますか。 いいえ ・ はい(いつ、何で：)		
アレルギーに ついて	・ 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：) ・ 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：)		
現在の病気	・ 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：) ・ 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：)		

裏面もご記入ください



氏名 _____ 男 女 体温 _____ ℃、体重 _____ kg

診療等の参考にさせていただきたいので、本日来られたお子さんの様子をお伺いします。
ご協力ください。

- ・どのような症状がありますか。その症状がいつから見られていますか。
() 内にご記入ください。

1. 熱が出ている ()	()
2. 咳がある ()	()
3. 鼻水・鼻つまりがある。 ()	()
4. 吐いている/吐き気がある ()	()
5. 下痢がある ()	()
6. 腹痛がある ()	()
7. 頭痛がある ()	()
8. 発疹がある ()	()
9. いつもと様子が違う ()	()
10. その他 ()	()

特に気になること、困っていることはどのようなことですか。

()

- ・「人にうつる病気」を疑っていますか。
(例えば、みずぼうそう、おたふくかぜ、ロタウイルスによる胃腸炎、プール熱、インフルエンザなど)

1. いいえ 2. はい 3. わからない
どのような病気を疑っていますか。()

- ・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。

1. 特にない 2. ある
どのような病気ですか。()
どこですか。()

- ・現在、あなたのお子さんが使っている薬(飲み薬、吸入薬、貼り薬、塗り薬)がありますか。

1. ない 2. ある
薬の名前をわかる範囲でお書きください。

何か気がかりなことや心配なことで聞きたいことがあればお書きください。

横になって待ちたい方、他の方と別の部屋で待ちたい方は、お申し出ください。可能な限りお応えいたします。
また、クリニックの方から、伝染性の病気のために別室でお待ちいただくようお願いすることがあります。

