

初めて受診される方へ〔中学生以上の方用〕

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 日 (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。 いない、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○をつけてください。 ・ MRワクチン(麻疹+風疹)：1期・2期 ・ 水痘(みずぼうそう)：1回目、2回目 ・ 耳下腺炎(おたふくかぜ)：1回目、2回目 ・ 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



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