



ここで記入していただいた内容は診療以外で使用するものではありません

ご記入日： 令和 年 月 日

ふりがな				男
お名前				女
ご住所		〒		
生年月日	平成 令和	年	月	日
年齢	歳			か月
電話			保護者携帯	

記入された方	母親・父親・祖父母 その他（ ）		
身長	cm	体重	g・kg
診察前体温		℃	

◎現在、水ぼうそう、おたふくかぜ、麻疹（はしか）、風疹にかかっている可能性がある方は申し出てください。

◎症状などにより診察の順番が前後することをご了承ください。

今日はどんな症状で来院されましたか？

発熱 せき 鼻水 のどの痛み 頭痛

腹痛 便秘 はきけ 下痢

湿疹 いつもの薬希望 その他（ ）

その症状はいつからですか？

□今日 □（ ）日前から

□その他（ ）

身近で同じ症状の方はいますか？（ はい ・ いいえ ）

食事や水分はとれていますか？（ はい ・ いいえ ）

夜間はぐっすり眠れていますか？（ はい ・ いいえ ）

■ 下の質問にお答えください	
○ きょうだい	（ ）人 何番目（ ）
○ アレルギー	食べ物（ ） ない ・ ある 薬（ ） その他（ ）
○ けいれんやひきつけを起こしたことがありますか？	ない ・ ある いつ頃（ ）
○ ぜんそくと言われたことがありますか？	ない ・ ある いつ頃（ ）
○ 今までに入院したことがありますか？	ない ・ ある いつ頃（ ）
○ 今までにかかった感染症は？	ない ・ ある 水ぼうそう おたふくかぜ その他（ ）
○ 周囲の流行状況を教えてください。 □溶連菌感染症 □嘔吐下痢 □インフルエンザ □新型コロナウイルス感染	
○ 通っている園名・学校名を教えてください。 （ ）幼稚園・保育園・こども園 （ ）小学校・中学校	
○ 何かご心配な事・質問などがあれば書いてください。	

☆ 初めての方、変更があった時は以下の質問にご記入ください。	
■ 妊娠・出産について質問にお答えください。	
○ 妊娠中の異状	ない ・ ある
○ 出産時の異状	ない ・ ある
○ 出生時の体重 （ ）g 在胎（ ）週（ ）日	
■ 成長について質問にお答えください。	
○ 乳児健診で心配な事はありませんでしたか？ ない ・ ある （ ）	
○ 首の座り	か月
○ ひとりで歩き	歳 か月
○ 片言の言い始め	歳 か月
○ 今までに受けた予防接種歴	B型ワクチン 回 追加
	小児肺炎球菌 回 追加
	BCG 済 未
	麻疹・風疹 1回目 2回目
	水ぼうそう 1回目 2回目
日本脳炎 1回目 2回目	第1期追加 第2期（ ）