



～ 当院を初めて受診される方へ ～

※発疹(ブツブツ)の出ている方、麻疹、風疹、水痘、おたふく、百日咳等が
疑わしいと思われる方は、事前に受付にお申し出ください

ID: _____ 今日の日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

体重 _____ kg

身長 _____ cm

今日の体温 _____ °C

住所: _____ TEL: (_____)

兄弟姉妹(_____)人中(_____)番目
就学状況: 未就学 / (_____)保育園・保育所 / (_____)幼稚園
(_____)小学校 / (_____)中学校

<1> 本日の症状について

1. 本日はどうされましたか？

- 発熱(_____ 月 _____ 日 時ぐらい～ _____ °C)
- 咳(_____ 月 _____ 日頃～)
- 鼻水
- 頭痛
- 腹痛(_____ 月 _____ 日頃～)→腹痛は、(止まった・続いている)
- 嘔吐(_____ 月 _____ 日頃～)→嘔吐は、(止まった・続いている)
- 下痢(_____ 月 _____ 日頃～)→下痢は、(止まった・続いている)
- 発疹(_____ 月 _____ 日頃～ _____ の部分にできた)
- その他(_____)

2. まわり(ご家庭や園、学校など)で具合の悪い方、
流行している病気などがありますか？

いない いる(どなたが/どこで: _____)
(流行疾患: _____)

3. 現在使っているおくすりがありますか？

ない あり(内容: _____)

4. お薬のご希望があれば教えてください

飲み薬 : 水薬 こな薬 錠剤 こな薬を溶かす用の甘いシロップ
※おくすりと一緒に処方しますので、
必要な方はこちらにチェックをお願いします

解熱剤 : いない いる(坐剤 こな薬 錠剤)

5. そのほか、本日も相談したいことがあればご記入ください

Large empty rounded rectangular box for additional notes.

スタッフ記入欄

～ 裏面(2枚目)への記入もお願いします ～



こどもクリニック

<2> 出生状況、既往歴などについて

1. 出生時のことをお聞かせください？

①妊娠中に異常はありましたか？ なし あり(内容: _____)

②分娩状態をお聞かせください 自然経膈分娩 鉗子(かんし)分娩 吸引分娩 帝王切開

出生体重 _____ kg 出生週数 _____ 週

③栄養は、 母乳のみ ミルクのみ 混合栄養 アレルギー用ミルク

2. 今までに、かかったことのある病気はありますか？

はしか 風疹 みずぼうそう おたふく 百日咳 突発性発疹 _____ 歳

けいれん(熱あり) _____ 歳 けいれん(熱なし) _____ 歳 川崎病 _____ 歳

喘息(喘息様)気管支炎 _____ 歳 アレルギー性疾患 _____ 歳 自家中毒 _____ 歳

手術歴(_____ 歳時に、 _____ の手術)

入院歴(_____ 歳時に、 _____ で入院)

現在治療中の病気(内容: _____)

その他(内容: _____)

3. 今までに受けたことのある予防接種(ワクチン)について

B型肝炎(1-2-3-4) ロタウイルスワクチン(1-2-3) ヒブ(1-2-3-4) 肺炎球菌(1-2-3-4)

四種混合(1-2-3-4) BCG 生ポリオ(1-2) 不活性化ポリオ(1-2-3-4) 三種混合(1-2-3-4)

麻しん風しん(MR)(1-2-3-4) みずぼうそう(1-2) おたふく(1-2) 日本脳炎(1-2-3-4)

その他 _____

4. アレルギー性疾患(アレルギー体質)はありますか？

なし

あり (アトピー性皮膚炎 食物アレルギー【卵・乳・小麦・大豆・その他(_____)】
喘息 花粉症 その他【 _____ 】)

5. お薬でアレルギー症状をおこしたことがありますか？

なし ある(内容をできるだけ詳しく: _____)

6. 子育てでなにかお困りのことがありましたらご記入ください

～ ご協力ありがとうございました！ ～