

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 (男・女) 年齢 歳 ヶ月

体重 kg 体温 °C

1. 本日はどのような症状でいらっしゃいましたか

・いつから 本日(時頃から) 昨日 おととい ()から

・どんな症状 発熱 咳 ゼーゼー 鼻づまり 健康診断
 のどが痛い くしゃみ 鼻水 頭痛 予防接種
 腹痛 下痢 嘔吐 発しん
 その他 ()

2. 他の医療機関にかかっていますか

 かかっていない かかっている 病名: 病院名:

3. 飲んでいる薬はありますか

 ない ある お薬手帳 あり なし

薬の名前:

4. 受けている予防接種を教えてください

 不明

肺炎球菌 ()回 BCG 4種混合
 ヒブ ()回 水ぼうそう ()回 日本脳炎
 ロタ ()回 おたふくかぜ ()回 インフルエンザ
 B型肝炎 ()回 麻しん風しん ()回 (今シーズン)

5. 以下の病気にかかったことがありますか

水痘(水ぼうそう) ムンプス(おたふくかぜ) 突発性発疹
 けいれん(熱性けいれん) ぜんそく性気管支炎 アトピー性皮膚炎
 気管支ぜんそく その他アレルギー性疾患(鼻炎、結膜炎、じんましんなど)
 そのほかに大きな病気、または入院したことがあれば教えてください。

6. 妊娠・出生・生育歴について

 ()週 ()日で出生 出生時の体重()g 特に問題はなかった 何か違うところがあった 具体的に

7. 家族、幼稚園/保育園、学校等ではやっている病気はありますか

 ない あり ()

8. 一緒に住んでいる家族でタバコを吸っている方はいますか

 いない いる 父親・母親・祖父・祖母・その他()

9. 薬の形状はどれがいいですか (シロップ・粉薬・錠剤)

10. その他必要なこと、伝えたいことがあれば教えてください。