



たくわ小児科クリニックを初めて受診される方へ



ご記入後、受付へお出してください。ご不明な点があれば、看護師にお尋ねください。発疹のある方はお申し出ください。

本日の日付（令和 年 月 日）

お子様のお名前（ ） 年齢（ 歳 カ月） 体重（ ）kg

幼稚園・保育園・学校名（ ） 学年（年少・年中・年長・ 年生）

1. 本日はどのようなことが心配で来院されたのでしょうか？ あてはまるものを○で囲んでください。

熱 咳 鼻水 のどいた 腹痛 嘔吐 下痢 便秘 頭痛 発疹 湿疹
その他（ ）

上記のことは、いつからですか？ どのような具合ですか？

熱はどのくらいですか？ 回数は？（わかる範囲で）

2. 今までに入院したり、長期間お薬を飲んだりされたことがありますか？

それはいつ頃で、どうゆう病気でしたか？また、お薬の名前をご存じであればお書きください。また、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等に通院中の場合は病院名、病名をお書きください。

3. 今までにかかった病気または診断された病気があれば○で囲んでください。

麻疹（はしか） 風しん みずぼうそう（水痘） おたふくかぜ 百日咳
気管支炎 肺炎 中耳炎 熱性けいれん 突発性発疹症
RS ウイルス感染症 アデノウイルス感染症 溶連菌感染症
ヒトメタニューモウイルス感染症
ぜんそく アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんましん
食物アレルギー
その他（ ）

4. 薬や食べ物でアレルギー（じんましん）を起こしたことがありますか？

（ある・ない・わからない）

「ある」の方は薬・食べ物の名前と症状をお書きください。

5. どのような方法で当院をお知りになりましたか？ ○で囲んでください。

①インターネット（当院のホームページを見て）、②知人の紹介、③きょうだいがすでに当院を受診している、
④近所、⑤その他（ ）