



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)

住所 _____ 電話番号 _____ - _____

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 予防接種 健診
その他(_____)

<「予防接種」と「健診」以外を○で囲んだ方へ>

上記の症状は、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きょうだいすでに当院を受診している、
④近所、⑤その他(_____)