

当院の受診が初めての方

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		西暦	年	月	日	生
お子さんの名前		(歳)				
		性別	男	・	女	
園名・学校名		学年				
ご住所	〒 (-)					
お電話番号	ご自宅：	携帯電話：				

◎ 以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

<p>1) 今日はどうされましたか？ あてはまるものに、○をつけてください。 発熱 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある(→ 月 日 時ごろから、最高 °C)・ 咳・鼻水・痰・せいぜいする・のどの痛み・頭痛・耳の痛み(右・左・両方)・ 腹痛・下痢・嘔吐・便秘・皮膚症状()・ その他 →()</p>
<p>2) 今回の症状でお薬を使用していますか？ <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>している(お薬名：)※お薬手帳があればご提示ください</p>
<p>3) 周囲で流行している病気はありますか？ある場合は○をつけてください。 <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある →水ぼうそう・おたふくかぜ・RSウイルス・インフルエンザ・ 溶連菌・胃腸炎・新型コロナウイルス感染症・その他()</p>
<p>4) これまでに大きな病気や入院・手術をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある →<input type="checkbox"/>気管支喘息()歳～・<input type="checkbox"/>熱性けいれん()歳・ <input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>5) 現在治療中の病気がありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある →<input type="checkbox"/>喘息・<input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎・<input type="checkbox"/>その他() ※常用薬がある場合は、ご記入いただくか、お薬手帳をご提示ください ()</p>
<p>6) お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある()</p>
<p>7) ごきょうだいはいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>いる → 兄・姉・弟・妹</p>