

初 診 時 間 診 表

おぐち小児科

ふりがな		男	生年月日	在園(校)中の園・学校名
名前		女	平成 令和 年 月 日	(年 組)
住所	(〒 - 市)		電話番号(自宅)	電話番号(携帯)
帰省されている場合、実家の住所・電話番号			来院時の体温 ℃	体重 kg

1. 受診するきっかけになった症状について教えてください

いつ頃から ()

どのような症状が 発熱(最高 ℃) のどが痛い 咳 ゼイゼイ(喘息) 鼻水 腹痛 下痢
便に血が混じる 便秘 吐き気 おう吐 発疹 湿疹 かゆみ アトピー
目が赤い 目やに 耳の下がはれている 頭が痛い 胸が痛い 関節が痛い
その他 ()

今、服薬中の薬はありますか()

2. 生まれた時、新生児期の状況について教えてください

出生時体重 () g → 予定日より()日 早かった・遅かった・予定日通り

出生時および生まれてから1ヶ月くらいまでの間に何か健康上の問題がありましたか

()

3. 予防接種で終了したものに○をつけてください

BCG 四種混合()回 三種混合()回 ポリオ(生ワクチン()回・不活化()回) 二種混合
ヒブ()回 小児用肺炎球菌()回 MR(麻疹風疹)(1期・2期) 日本脳炎()回 B型肝炎()回
みずぼうそう()回 おたふくかぜ()回 ロタ()回 その他 ()

4. 今までにかかったことのある病気について教えてください

麻疹(はしか)、風疹(三日ばしか)、みずぼうそう(水痘)、おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)、突発性発疹、溶連菌感染症
熱性けいれん、その他大きな病気・手術・入院歴など()

5. アレルギーについて教えてください

食べ物・薬品のアレルギー(副作用)はありますか → ない・ある(品名) ()

6. ご家族について教えてください

アレルギー体質の方はいますか → いない・いる()

大きな病気をしたり持病のある方はいますか → いない・いる()

タバコを吸う人はいますか → いない・いる()

ペットを飼っていますか → いない・いる()

兄弟姉妹のいる方は年齢を教えてください → 兄()才・姉()才・弟()才・妹()才

7. そのほか受診に際して伝えたいこと()

記入された方 → 母・父・() 記入日 → 年 月 日