

初 診 時 間 診 表

おぐち小児科

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 平成・令和 年 月 日	在園(校)中の園・学校名	
名前				(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. 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

突発性発疹、中耳炎、熱性けいれん、みずぼうそう、おたふくかぜ、溶連菌感染症、喘息(ぜんそく)

その他の病気・手術・入院歴など()

3. 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) ()

4. 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()

大きな病気をした方や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

5. 受診に際して伝えたいこと ()

6. 母子手帳をお持ちでない方のみご記入ください

① 生まれた時、新生児期の状況について教えてください

出生体重()g 出生時に何か健康上の問題がありましたか()

② 予防接種で終了したものに○をつけてください

四種混合、五種混合、ヒブ、小児用肺炎球菌、B型肝炎、ロタ、BCG、MR(麻しん風しん)、日本脳炎、

みずぼうそう(水痘)、おたふくかぜ、二種混合、子宮頸がん、その他()

記入された方 → 母・父・() 記入日 → 年 月 日