

来院日	年 月 日
お名前（漢字）	
お名前（フリガナ）	
生年月日	年 月 日
性別	

・当院に受診したことがある方

診察券番号	
-------	--

・当院に受診したことがない方

郵便番号	-
住所	
電話番号	- -
来院動機	ホームページ 通りがかり 家族・知人紹介 クリニック紹介 その他（ ）

【新しい症状で受診する方】

①お子さんの状態について伺います。

1-1.今ある症状に○をして下さい。

ねっ せき 鼻水 ゼイゼイ 下痢 吐く ボツボツ その他（ ）

1-2.痛みがあればその場所に○をして下さい。

頭 耳 喉 首 胸 腹 ふしぶし その他（ ）

1-3.ご家族や同じクラスに診断された方がおり、症状からも疑われる感染症があれば○をして下さい。

インフルエンザ プール熱 みずぼうそう おたふくかぜ 百日咳
新型コロナウイルス感染症

1-4.以下のことは出来ていますか。（5:普段通り出来る～1:ほとんど出来ない）

笑う (5, 4, 3, 2, 1) 遊ぶ (5, 4, 3, 2, 1) 眠る (5, 4, 3, 2, 1)
食べる (5, 4, 3, 2, 1) 飲む (5, 4, 3, 2, 1)

1-5.今の症状に対して処方されているお薬はありますか。

はい いいえ

②お子さんのその他のことを伺います。当院に受診歴がある方は、前回受診時から変更がある項目のみで構いません。

2-1.以下に当てはまることがあればその内容をご記載下さい。

新生児集中治療室 (NICU) で治療を受けた ()
今までに入院または通院をした ()
今も治療または通院中である ()

2-2.日頃から処方されているお薬 (常用薬) はありますか。

はい いいえ

2-3.お薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればその内容をご記載下さい。

お薬 () 食べ物 ()

2-4.同居されているご家族をご記載下さい。(例:祖父母・父母・姉)

()

2-5.通園通学先 (療育・放課後等デイサービスを含む) があればご記載下さい。

()

ご記入頂き有難うございました。