

小児科を受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生				
お名前			身長	cm	体重	kg	体温
ご住所	〒		電話	()			

○本日はどのような目的で受診されましたか？

発熱 のどの痛み 咳 鼻水 くしゃみ 吐き気 嘔吐 下痢
 腹痛 食欲低下 頭痛 健康診断 予防接種
 その他 _____

○症状はいつから でしょうか？

今日 昨夜 昨日 2～3日前 1週間位前 2週間位前 1ヶ月位前
 その他 _____

○現在治療している病気はありますか？ (いいえ ・ はい)

○これまでに大きな病気をしたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

病名① _____ (_____ 才頃)

病名② _____ (_____ 才頃)

○薬・食べ物のアレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい)

(ある方) 内容 _____

○現在の状態について (丸印をつけてください)

食事	ふつう	少ない	ほとんどない
水分	ふつう	少ない	ほとんどない
尿	ふつう	少ない	ほとんどない
便	ふつう	少ない	ほとんどない

○その他気になる症状などあればご記入ください。

紹介状・お薬手帳・検診結果をお持ちであれば一緒にお出してください。