

❖小児科 新患❖

令和 年 月 日

フリガナ

名前 _____ 男・女 生年月日 H・R 年 月 日 ()歳

住所 _____

電話番号 _____

身長 _____ 体重 _____ 本日の体温 _____

*○をつけて下さい。

・薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ・ある() ・ない

・今までにかかったことのある病気はありますか？

水痘 おたふくかぜ 突発性発疹 はしか 百日咳

溶連菌感染症 川崎病 その他 ()

・けいれんを起こしたことはありますか？ ・ある(歳の時) ・ない

・いつから、どのような症状がありますか？また、気になることがあれば記入して下さい。

・希望する検査・薬などがあれば記入して下さい。

・現在、内服している薬・塗り薬はありますか？

・ある () ・ない

※他院でもらった薬を飲んでいる方はお薬手帳をご提示下さい。

・薬で飲みにくいものはありますか？ ・ある(シロップ・粉薬・錠剤) ・ない

・解熱剤処方の希望 ・ある(座薬・粉薬・錠剤) ・ない