

初診、または変更のある方はご記入をお願いします。

ふりがな：

おなまえ：

年齢：（ 歳 ヶ月） 男・女

来院時体温： . °C

体重： k g

前回の来院日： 月 日

生年月日：S・H・R 年 月 日

住所：〒 —

連絡先（日中連絡のつく番号）

（ ）学校・幼稚園・保育園

以下について該当する項目に○、または記入してください。

● 今日はどのような症状で来院されましたか？

発熱 咳 鼻水 鼻づまり 痰がらみ ゼイゼイしている 息苦しい  
頭痛 腹痛 のどの痛み その他の痛み（ ）が痛い  
嘔吐 下痢 便秘 発疹 湿疹 かゆみ（ ）がかゆい  
けいれん その他（ ）

● 定期的に通院・経過観察している病気はありますか？

いいえ ・ はい → （ ） どちらの医療機関ですか？ → （ ）

● 今、飲んでいるお薬等がありますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたら一緒にお出し下さい。

いいえ ・ はい （ ）

● 今までに入院を要する病気、または、手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい → どんな病気ですか？（ ）※ 才 ヶ月頃

● アレルギー症状について 以下の病気と言われたことがある方は○をしてください。

喘息 ・ 花粉症 ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎

アレルギーの原因：（ ）

（食物、薬物などはっきり分かっていたらお書きください）

● 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ いいえ ・ はい → 月 日（種類 ）

● 1ヶ月以内に旅行をしましたか？ していない ・ した → （行先： ）

（交通手段： ）

● 先生に尋ねたいこと、伝えたいことがあればお書きください。