

No.

はじめての方に

年 月 日

ふりがな
氏名

(男・女)

生年月日 平成・令和 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

〒
住所

TEL ()

通っている保育園・学校名等をお教え下さい ()
普段かかっている病院名をお教え下さい ()

1. 本日はどうされましたか？(○をつけて下さい)

うつる病気(水ぼうそう・おたふく)の心配
発熱・せき・鼻水・ゼーゼー・ぜんそく・のどの痛み
頭痛・腹痛・嘔吐・下痢・発疹・アトピー・鼻づまり

今の体重 kg

2. いつからどのような症状がありますか？

今の熱 °C

熱型表(グラフ) あり・なし
下痢のオムツ あり・なし

3. 現在、治療や投薬をうけている病気がありますか？

ない・ある(受診日: 月 日/病院名: 薬情 あり・なし)

4. 今までにかかったことのある病気に○をつけて下さい

溶連菌感染症・川崎病・突発性発疹・けいれん(熱有・熱無)・水ぼうそう・おたふく・百日咳
ぜんそく
アトピー・食物アレルギー()・薬剤アレルギー()
その他()

5. 予防接種はすみしましたか？(○をつけて下さい)

Hib【①・②・③・追加】/肺炎球菌(プレナ)【①・②・③・追加】
四種混合【①・②・③・追加】/B型肝炎【①・②・③】
ワックス【①・②】/ロテック【①・②・③】/BCG
麻疹風疹混合ワクチン(MR)【1期・2期】/水ぼうそう【①・②】
おたふく【①・②】
日本脳炎1期【①・②・追加】・2期/二種混合
その他()