

# はじめてのかたに

ふりがな		性別	体重	現在の体温
氏名		男・女	kg	°C
生年月日	昭・平・令	年 月 日生	歳	兄弟 人中の 番目
住所	〒 -			
電話	( ) -		携帯：	

1. 気になること、心配なことはなんですか？

(日・カ月) くらい前から または 月 日頃から

症状に○をつけてください

熱 せき 鼻水 はきけ 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 湿疹  
その他 ( )

2. 今までにかかったことのある病気はなんですか？

突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん  
ぜんそく アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎

3. 入院されたことはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 (病名: いくばく病) いつ頃: ( )

4. 現在他の病院で治療を受けている病気、薬はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 → おくすり手帳を受付へお出しください

お持ちでない方 (病名: 薬名: ( ))

5. 食物アレルギー、薬のアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 → どのようなものですか？ ( )

6. お薬の希望はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 (錠剤 ・ 粉 ・ シロップ )

7. 周囲で流行している病気はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 (病名: ( ))

小学生未満のお子様のみご記入ください

8. 生まれたときの週数、体重をご記入ください。

週数: 週 体重: g 伝えたいこと:

9. 今までに健診、その他で何か指摘されたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 ( )

ご協力ありがとうございました。

