

# 初めて受診される方へ

かな	生年月日		
氏名	年	月	日
男・女	(	歳	ヶ月)
〒 住所:	TEL: ( )		
本日の体温: °C(平熱 °C)	現在の体重 kg		
<b>今日はどうされましたか？</b>			
<input type="checkbox"/> 発熱	いつから:	<input type="checkbox"/> 嘔吐	から 回
<input type="checkbox"/> 咳	いつから:	<input type="checkbox"/> 下痢	から 回
<input type="checkbox"/> 鼻水	いつから:	<input type="checkbox"/> 腹痛	から
<input type="checkbox"/> ぜいぜい	いつから:	<input type="checkbox"/> 発疹 (	)
<input type="checkbox"/> 耳の下のはれ	いつから:	<input type="checkbox"/> その他 (	)
現在内服中の薬はありますか？	いいえ・はい( )		
薬によるアレルギーはありますか？	いいえ・はい( )		
食物のアレルギーはありますか？	いいえ・はい( )		
その他のアレルギーはありますか？	いいえ・はい( )		
今までに入院や手術をされたことはありますか？	いいえ・はい( )		
今までにかかったことのある疾患に○をつけてください。			
アトピー性皮膚炎	気管支喘息(喘息様気管支炎)	肺炎	中耳炎
RSウイルス感染症	尿路感染症	溶連菌感染症	腎炎
花粉症・鼻炎	じんましん	川崎病	心疾患
熱性けいれん	てんかん	髄膜炎	
その他(	)		
<b>出生時からの様子をお聞かせください。</b>			
出生時体重: g	在胎週数: 週	分娩: 正常・異常(	)
成長や発達などで何かご心配なことはありますか？	いいえ はい( )		
医療費明細書は発行しますか？(診療内容の明細書)	いいえ・はい		
その他 何かあればご記入ください。			

ありがとうございました



ふんふんこどもクリニック