

フリガナ

患者氏名

男・女（ 歳）生年月日 / / 生

体重

kg

体温

度

兄弟姉妹： 無 ・ 有（ ）歳

住所 〒

連絡先TEL

その他連絡先TEL

学校名

保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校（ ）年生

①今日はどうのような症状で来院されましたか？○をしてください。

また、その症状がいつからかを（ ）内を書いてください。（例：3/1～、昨日から、等）

発熱（ ） 鼻水・鼻づまり（ ） のどの痛み（ ）

咳（ ） 嘔吐（ ） 下痢（ ） 腹痛（ ）

発疹（ ） その他（ ）

②周囲にいる（流行っている）病気があれば○をしてください。

・溶連菌・アデノ（プール熱・はやり目）・RS・ヒトメタニューモ・ロタ・ノロ・高熱・新型コロナ
・胃腸炎（嘔吐・下痢）・インフルエンザ・新型コロナ・水痘・おたふく・その他（ ）

③新型コロナ感染症に罹患歴はありますか？ はい ・ いいえ

→「はい」と答えた方はいつですか？ 年 月 日～ 年 月 日

④けいれんを起こしたことがありますか？はい（ 回）・いいえ

⑤薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい（ ） ・ いいえ

⑥今までに指摘されたことがある病気を教えてください。

・喘息 ・花粉症 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎

その他（ ）

⑦アレルギー検査で陽性と出たものがあれば教えてください。

⑧ご両親、ご兄弟、ご祖父母でアレルギーのある方はいますか？ ・はい ・ いいえ

⑨お薬の種類にご希望はありますか？

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 特になし / 1日 2回 ・ 3回