

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：有・無（ ）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今日ど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（ ）内に書いてください。（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

・胃腸炎（嘔吐・下痢） ・高熱 ・インフルエンザ ・新型コロナ

・水痘 ・おたふく ・その他（ ）

③けいれんを起こしたことがありますか？はい（ ）回）・いいえ

④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

⑤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（ ）

⑥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。

⑦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

⑧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