

初診時間診票

記入日: 年 月 日

フリガナ		性別	集団生活の有無
お名前		男・女	なし あり (園・学校名)
生年月日	年 月 日生	年齢	歳 ヶ月
住所	〒		
電話	TEL (父・母・その他)		

■身長 cm / 体重 Kg

■今日はどうなさいましたか？

- 熱 (°C) 鼻水 鼻づまり のどが痛い
咳 痰がからむ ゼーゼーしている 頭痛
腹痛 吐き気・嘔吐 下痢 便秘 食欲がない
発疹 皮膚の乾燥 皮膚のかゆみ
その他 ()

■その症状はいつからですか？ ()

■まわりに同じような症状の方はいますか？

いいえ ・ はい ()

■今までに大きな病気にかかったことはありますか？

なし・あり (病名)

■薬剤・食物に対するアレルギーがありますか？

なし・あり (品名)

■お薬のご希望の形態はありますか？ (シロップ・粉薬・錠剤)

■受けた予防接種すべてにチェックをつけてください。

- ロタ B型肝炎
肺炎球菌 五種混合
BCG 日本脳炎
水痘 MR
二種混合 子宮頸がん
おたふくかぜ その他 ()

* マイナ保険証により正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力よろしく申し上げます。

ご協力ありがとうございました

太田こどもクリニック