

はじめてのかたに

記入日 年 月 日



WAKATSUKI
kids & allergy clinic

体重	kg
体温	℃

ふりがな	
名前	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳 ヶ月) 兄弟 人中の 番目
住所	〒 -
電話番号	自宅 携帯

診察を受けるお子様についてお答えください（当てはまる項目に、○印をつけてください）

◆ 1. どのような症状で受診されましたか。今日の診療で相談したいことをお書きください。

- ・熱 ・せき ・たんがからむ ・鼻水 ・はきけ
- ・おうと ・下痢 ・腹痛 ・ほっしん ・頭が痛い

その他 _____

それは、いつからありましたか？ _____

・アレルギーの相談 → 専用の問診票がありますので記入してください。受付にお問い合わせください。

◆ 2. 生まれた時の週数 _____ 週・体重 _____ g・仮死の有無（あり・なし）

◆ 3. 今までにかかったことのある病気はなんですか？

- ・はしか ・風しん ・みずぼうそう ・おたふくかぜ
- ・百日咳 ・突発性発疹 ・ぜんそく ・熱性けいれん

そのほか（具体的に _____ ）

◆ 4. 今まで薬などでアレルギーをおこしたことがありますか？

・なし ・あり（具体的に _____ ）

◆ 5. 現在、治療や投薬を受けている病気はありますか？

・なし ・あり（具体的に _____ ）

◆ 6. 周囲で流行っている病気は？

◆ 7. お薬の希望は？

- ・内服薬は（錠剤 ・ こな薬 ・ シロップ ）を希望
- ・解熱剤などの頓用薬は（要 ・ 不要）（座薬 ・ 内服）を希望
- ・苦い薬は？（まったく飲めない ・ 飲める）