



年 月 日

No. □

◎現在、水ぼうそう・おたふく・麻疹(はしか)・風疹にかかっている可能性のある方はお申し出ください。

フリガナ

クリニック記入

氏名: _____ 男・女 体重: _____ g/kg 来院時熱 _____ ℃

生年月日: 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ カ月

住所: _____ TEL: _____

(_____) 保育所・保育園・こども園・幼稚園・小学校・中学校 () 年 () 組

1. 周囲、集団生活の中で流行しているものはありますか？流行しているものに○をつけて下さい。
インフルエンザ ・ 新型コロナ ・ RS ウイルス感染症 ・ アデノウイルス ・ 胃腸炎 ・ 手足口病 ・ 水痘
溶連菌感染症 ・ マイコプラズマ肺炎 ・ その他 ()
2. 今日どのような症状で来院されましたか？症状に○をつけて下さい。
発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ ゼーゼー ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 発疹 ・ 蕁麻疹
その他 ()
3. いつからどのような症状がありますか？詳しくご記入ください。

(_____)

- 1) 身近な方で同じ症状の方はいますか？ (はい [誰が _____] ・ いいえ)
- 2) 食事はとれていますか？ (はい ・ 半分 ・ いいえ)
- 3) 水分はとれていますか？ (はい ・ まあまあ ・ いいえ)
- 4) 夜間はぐっすり眠れていますか？ (はい ・ まあまあ ・ いいえ)
4. かかりつけ医はどこですか？ (_____)
5. 薬や食品で発疹が出たり、具合が悪くなったり、アレルギー症状がでたことがありますか？
(はい ・ いいえ)
はいの方は記入してください⇒ (何で _____ どうなった _____)
6. 下記の病気のなかでかかったものに○をつけて下さい
インフルエンザ ・ コロナ ・ 気管支喘息 ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 熱性けいれん ・ てんかん
心臓病 ・ 腎臓病 ・ 麻疹(はしか) ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ その他 (_____)
7. 継続して飲んでいる薬があれば記入してください。 (_____)
8. 薬の処方はどれがご希望ですか？ (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤)
9. 何かご心配なこと、ご質問などあれば書いてください。

(_____)

お薬手帳・母子手帳をお持ちいただくと診療がよりスムーズに行えます。ご協力をお願いいたします。