

# はじめてのかたに

診察前の体温 度 分

ふりがな

氏名 (男・女)

生年月日 平成 年 月 日 年齢 歳 ヶ月

住所 〒 電話 ( ) -

身長 cm 体重 kg 出生時の身長 cm 出生時の体重 g

1. 本日はどうされましたか？ (Oをつけて下さい)  
うつる病気の疑い (水ぼうそう・おたふく・風疹 はしか・インフルエンザ・アデノ・溶連菌感染症)  
発熱 (最高 °C)・せき・鼻水・鼻づまり・ゼーゼー・ぜんそく・機嫌の悪さ・のどの痛み  
頭痛・腹痛・嘔吐・下痢・便秘・発疹・湿疹・目やに・目の充血・耳をさわる・全身倦怠感  
思春期相談・心の相談・療育相談・その他 ( )
2. それはいつからですか？
3. 妊娠中から新生児期に異常を言われましたか？ 【はい・いいえ】
4. 今朝から今までの食事・水分についてお答えください。  
【いつも通り・いつもより少ない】  
↓ ☆朝から今までの食事内容を教えてください。  
( )
5. 睡眠・排尿・排便についてお答えください。  
睡眠 【良好・寝つきが悪い・眠りが浅い・その他 ( )】  
排尿 【普通・少ない・本日なし・その他 ( )】  
排便 【普通・下痢 ( 回)・便秘 (最終排便 日 時頃)】
6. 今までにかかったことのある病気にOをつけて下さい。  
食物アレルギー ( )・アトピー・突発性発疹・ひきつけ (熱:有・無)・ぜんそく  
中耳炎・溶連菌感染症・川崎病・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・その他 ( )
7. お薬で具合が悪くなったことがありますか？  
ない・ある【薬の名前: ( ) 症状: ショック・発疹・下痢・その他 ( )】
8. 入院したことがありますか？【いいえ・はい (病名 ( ))】
9. 予防接種は済みましたか？ (Oをつけて下さい)  
ヒブワクチン ( ) 回・小児用肺炎球菌 ( ) 回・ロタウイルス ( ) 回・B型肝炎 ( ) 回  
四種混合 ( ) 回・BCG・三種混合 ( ) 回・ポリオ ( ) 回・MRワクチン ( ) 回  
水痘 ( ) 回・おたふく ( ) 回・日本脳炎 ( ) 回  
DTワクチン・子宮頸がん予防ワクチン ( ) 回・インフルエンザ
10. 現在、治療や投薬をうけている病気がありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい)  
ない・ある ( )
11. 病状の確認のためにご連絡をとりたい場合があります。さしつかえなければ携帯電話の番号をお知らせ下さい。
12. ご家族で次の病気をされた方がみえますか？ 例: 両親 (兄が卵でじんましん)  
結核 ( )・糖尿病 ( )・心臓病 ( )・免疫異常 ( ) てんかん ( )  
熱性けいれん ( )・花粉症 ( )・アレルギー ( ) その他 ( )
13. ご兄弟・姉妹はおみえですか？  
1. 男・女 ( 歳) 2. 男・女 ( 歳) 3. 男・女 ( 歳) 4. 男・女 ( 歳)
14. コロナとの接触・クラスターとの接触はありますか？  
いいえ・はい ( )
15. 同居家族の発熱・体調不良  
ない・ある ( )

