

予 診 票

| | | | |
|-------------|--------|---------------------|-------------|
| 住所 〒 | | | |
| フリガナ お名前 | 男 女 | 生年月日 令和・平成・昭和 年 月 日 | 年齢 歳 ヶ月 |
| | | 電話番号 () | 体重 kg 体温 °C |
| 保育園・幼稚園・学校名 | | | |

1) どのような症状で来院されましたか。

- ・ 発熱 ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 喉の痛み ・ 頭痛 ・ 腹痛 ・ 嘔吐 (吐き気)
- ・ 下痢 ・ 湿疹 ・ 便秘 (日目) ・ おたふくかぜの疑い ・ みずぼうそうの疑い
- ・ アレルギー相談 ・ 予防接種 ・ 乳児健診
- ・ その他 _____

2) 上記の症状はいつ頃からですか。

3) 薬の副作用や食べもののアレルギーはありますか。(ない ・ ある)

- ・ 薬および食べもの

4) いままでにかかった病気に○をつけてください。

- ・ 突発性発疹 ・ 水痘 (みずぼうそう) ・ 熱性けいれん ・ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ・ 肺炎
- ・ 気管支喘息 ・ 溶連菌感染症 ・ 伝染性紅斑 (りんご病)

5) 上記以外にこれまで大きな病気やけがをしたことがありますか。(ない ・ ある)

- ・ ある場合はどのような病気あるいはけがですか。

6) 今飲んでいるあるいは使用している薬はありますか。(ない ・ ある)

- ・ ある場合はどのような薬ですか。(薬の名前も含め)

7) ご家族に下記の病気はありますか。あればどなたですか。(父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹など)

- ・ 気管支喘息 (_____) ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 (_____) ・ 花粉症 (_____) ・ 熱性痙攣 (_____)

8) 今までに受けた予防接種に○をしてください。

- ・ ロタワクチン ・ ヒブ [1、2、3、追加] ・ 小児用肺炎球菌 [1、2、3、追加] ・ B型肝炎 [1、2、3]
- ・ 四種混合 [1、2、3、追加] ・ 三種混合 ・ ポリオ ・ BCG
- ・ MR (麻疹風疹混合) ・ 水痘 (みずぼうそう) ・ おたふく ・ 日本脳炎 [1、2、追加、Ⅱ期] ・ DT (二種混合)

9) 希望する薬に○をつけてください。

- ・ 水薬 (シロップ) ・ 粉薬 ・ 錠剤

10) 解熱剤 (ねつさまし) は次のどれが使いやすいですか。

- ・ 座薬 ・ 水薬 (シロップ) ・ 粉薬 ・ 錠剤

11) 出生時の記録および乳幼児期の栄養

- ・ 出生時の体重 _____ g ・ 分娩状態 (正常 ・ 異常 _____) ・ 授乳 (母乳 ・ 混合 ・ 人工)