

# 受診される方へ

3歳以上中学生まで

(下記の項目については記入もしくは○で囲んでください)

ふりがな		男 女	平成	年	月	日生
お名前			才	ヶ月		
ご住所	〒 -	電話	( )			
		携帯	( )			
		メールアドレス				

診察希望 院長 ・ 2診 ・ 早い方

## 1. 当院にご来院のきっかけは？

看板広告を見て・知人からの紹介・紹介状持参・インターネット・近所だから  
その他 ( )

## 2. 今日どのようなことでこられましたか？

熱 ( 度) [解熱剤使用 時頃]、せき、鼻水 (緑、透明)、たん、下痢 (水様、軟便)、  
嘔吐 ( 回、[気持ち悪くて、咳き込んで、その他 ])、腹痛、頭痛、のどの痛み、  
食欲がない、血便、発疹、アトピー (SOD 軟膏希望 あり、なし)、育児相談、  
その他

・その症状はいつから始まりましたか ( 日前から) 現在の体重 kg

## 3. それは、うつる疑いのある病気の可能性はありますか？→ある・ない

溶連菌感染症・水ぼうそう・おたふく・はしか・風疹・りんご病・インフルエンザ・手足口病・  
アデノウィルス その他【 】

## 4. どんなお薬をご希望ですか？ ※必ずご記入をお願いします。

→ ・シロップ ・粉 ・粒 ★解熱剤→ 坐薬 ・ 粉 ・ シロップ ・粒

## 5. 現在服用中の薬はありますか？

ない・ある【 】

## 6. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか→わからない、いない、いる【病名 】

大きな病気や慢性病にかかった方はいますか→わからない、いない、いる【病名 】

## 7. 体質について

◎食べ物、薬、注射等で発疹がでたことがありますか  
ない ある (品名 )

## 8. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、じんましん、食物アレルギー

◎何のアレルギーになりますか？(ダニ、ハウスダスト、花粉、卵、ミルク、その他 )

## 9. 分娩時・出生時の状態

正常・異常 【具体的にお書き下さい】

## 10. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない・ある【その病名：】

## 11. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG、みずぼうそう (水痘)、おたふく、はしか (麻疹)、風疹、麻疹風疹混合 (MR)、日本脳炎  
ツベルクリン反応 (陰性、陽性)、三種混合 (1期、2期)、ポリオ (1回目、2回目)

あゆみクリニック

当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。