

はじめて診察に来られた方をお願い

下記の事項についておたずねします。該当の所に記入または○をつけてください。

カガナ お名前	愛称 () ちゃん・くん 様 (男・女)	生年月日 S H 年 月 日 歳 カ月
〒 ご住所		お電話番号 携帯電話

体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 本日の受診目的および主な症状を記入してください。

- ・発熱 _____ 月 _____ 日頃から (最高 _____ °C 時頃)
- ・発疹 _____ 月 _____ 日頃から (場所: _____)
- ・鼻水 _____ 月 _____ 日頃から (透明 黄色 緑色)
- ・腹痛 _____ 月 _____ 日頃から
- ・せき _____ 月 _____ 日頃から (ゼーゼー 乾いた 湿った)
- ・下痢 _____ 月 _____ 日頃から (_____ 回 茶色 白色 血まじり)
- ・頭痛 _____ 月 _____ 日頃から
- ・嘔吐 _____ 月 _____ 日頃から (_____ 回 黄色 緑色)
- ・その他 (他院で処方されているお薬がありましたらご記入ください。)

(2) お子様の通われている保育園、幼稚園、学校などをご記入ください。

_____ 託児所・保育園・幼稚園・小学校・中学校・未就園児

(3) 家族構成を記入してください。

本人	歳 カ月	兄	歳 カ月
父	歳	弟	歳 カ月
母	歳	姉	歳 カ月
	歳	妹	歳 カ月
	歳		歳 カ月
	歳		歳 カ月

- ・血族結婚ですか はい ・ いいえ
- ・家族に慢性の病気の方はいますか はい ・ いいえ
(例えば喘息、アトピー性皮膚炎、糖尿病など)

(4) 次の事項について記入してください。

・妊娠

妊娠中の異常 (有 _____ ・無 _____)	薬物・レントゲン照射 (有 _____ ・無 _____)
ウイルス性の病気 (有 _____ ・無 _____)	

・分娩

在胎 (_____) 週	生下時体重 (_____) g	身長 (_____) cm	頭囲 (_____) cm
早期破水 (有 ・ 無)	羊水混濁 (有 ・ 無)	仮死 (有 ・ 無)	

・新生児期

黄疸 (軽・中・強)	光線療法 (有 ・ 無)	交換輸液 (有 ・ 無)
------------	--------------	--------------

・生後6ヶ月までの栄養

ミルク: (母乳・混合・人工)	離乳食: 未・開始 (_____) ヶ月
-----------------	------------------------

・発育

首の坐り (_____) ヶ月	寝返り (_____) ヶ月	お座り (_____) ヶ月	はいはい (_____) ヶ月
つかまり立ち (_____) ヶ月	ひとり立ち (_____) ヶ月	ひとり歩き (_____) ヶ月	
生歯 (_____) ヶ月	言語 (_____) ヶ月		

・今まで患った病気に○をつけてください。

突発性発疹症	風疹	水痘 (水ぼうそう)	おたふくかぜ
麻疹 (はしか)	百日ぜき	喘息	けいれん (ひきつけ)
薬物アレルギー	肝炎	その他 (_____)	

・手術または入院したことがありますか 無・有 (病名: _____)

(5) 医療費明細書は必要ですか はい ・ いいえ

記入が終わりましたら、体温計とこの用紙を受付までお返しく下さい。

エンゼルこどもクリニック