

はじめての方に

令和 年 月 日

フリガナ	続柄	第	子
お子様の氏名	よびかた		
	くん ちゃん (男 女)	生年月日	S・H・R 年 月 日
〒			歳 か月
住所		体温	℃
TEL(自宅)	(携帯)	体重	kg

診察を受けるお子様についてお答えください

- 具合の悪いところはどこですか。今日の診察で相談したいことをお書きください。
(いつごろから、どのような症状があるのかをお書きください。)
- 今まで食べ物やお薬、注射で異常を起こしたことがありますか？
ない ある (食物・薬)
(どんな症状?)
(アナフラキシーといわれましたか? はい いいえ)
- 現在、治療や投薬を受けている病気がありますか？
ない ある (病名)
(薬)
- 今までにかかったことのある病気にレ印をつけてください。
 ぜんそく 喘息性気管支炎 RS ウイルス感染症 突発性発疹
 川崎病 けいれん(熱性・無熱性) てんかん 花粉症
 アトピー性皮膚炎 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳
 その他 (具体的に)
- お子様が生まれたときのことを教えてください。
生まれたときの体重 (g) 生まれたときの週数 () 週 ()日
新生児期に何か異常がありましたか? (ない ある)
- 家族の方で以下の病気の方はいらっしゃいますか？
 ぜんそく 食物アレルギー 花粉症 アトピー性皮膚炎
 てんかん 糖尿病 その他 (具体的に)

