

ID：フリガナ

名前：年齢：歳か月性別：男・女

現在の体温：℃身長cm体重kg

どなたと来院されましたか。【親・祖父母・その他（）】

★現時点で、本人もしくは家族が【はしか・水ぼうそう・風疹・おたふく】と診断されていますか

☐ はい☐ いいえ

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

該当するものを○で囲んで、いつ頃から教えてください	
症状	いつから
熱：最高（）℃	今日から・昨日から・（）から
咳	今日から・昨日から・（）から
鼻水・鼻づまり	今日から・昨日から・（）から
下痢・嘔吐	今日から・昨日から・（）から
発疹・水疱（水ぶくれ）	今日から・昨日から・（）から
しこり・耳や顎の下の腫れ	今日から・昨日から・（）から
腹痛・便秘	今日から・昨日から・（）から
頭痛・めまい	今日から・昨日から・（）から
検査目的 何の検査をご希望ですか（）	
その他：（）	

2. 保育園・幼稚園・学校で流行しているものはありますか

☐ いいえ

☐ はい病名：

3. 現在、治療中の病気はありますか

☐ いいえ

☐ はい病名：投薬：有り・無し

～他院より投薬を受けている場合は、必ずスタッフへお薬手帳を出してください～

4. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

☐ いいえ

☐ はい病名：

☐ 手術の経験あり病名又は部位：

5. 薬や食物のアレルギーはありますか

☐ いいえ

☐ はい薬：どんな症状：

食物：どんな症状：