

小児の初診患者様へ

記入日： 年 月 日

ID	※当院で記載		生年月日	平成・令和 年 月 日
ふりがな				(歳 ヶ月)
お名前	(男・女)		電話	
			携帯	
ご住所	郵便番号 (-)			
ご兄弟 のお名 前			ご兄弟 の生年 月日	平成・令和 年 月 日
				平成・令和 年 月 日
				平成・令和 年 月 日
保育園・幼稚園	あり・なし	現在の体重	kg	今日の体温 °C

○今日はどうされましたか？

症状	いつから	
<input type="checkbox"/> 熱	/ ~	最高 ___ °C
<input type="checkbox"/> 咳	/ ~	<input type="checkbox"/> コンコン・ケンケン <input type="checkbox"/> ゴホゴホ
<input type="checkbox"/> 鼻汁	/ ~	<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 膿性
<input type="checkbox"/> 嘔吐	/ ~	___ 回/日
<input type="checkbox"/> 下痢	/ ~	___ 回/日
<input type="checkbox"/> 発疹	/ ~	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 頭、顔 <input type="checkbox"/> お腹・背中 <input type="checkbox"/> てあし <input type="checkbox"/> おしり

○現在治療中の病気、服用している薬はありますか？ ※ある方のみ

--

★服用中の薬がある方はお薬手帳を提出してください。

○薬や食品のアレルギーはありますか？

薬	①	食品	①
	②		②
	③		③

○妊娠中・分娩時について

() 週 () gで出生。

異常の有無 ※ある方のみ

--

○聴力検査 異常なし 異常あり 未施行

○お薬の希望

水剤 散剤 錠剤

1日2回 1日3回

先発品のみ その他

--

ご記入ありがとうございました。



エミーキッズクリニック
emmy kids clinic