

ID: 初診時間診表 体温( )℃ 体重( )kg( )g HR( )SpO<sub>2</sub>( )

ふりがな

お名前 ( ) 性別: 男・女

生年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日 年齢( 歳 か月)


保護者様のお名前( ) 父・母・祖父・祖母・その他( )

住所(〒 )

電話番号(自宅: - - 携帯: - - )

学校・保育園・幼稚園( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校)

● 今日はどうされましたか? いつから症状がありますか? 詳しい状況をお書きください。

 熱が長く続いているかたは、体温の経過を以下のグラフにかいていただくと助かります。

	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	朝	昼	夜	朝	昼	夜
40℃						
39℃						
38℃						
37℃						
36℃						

● この1週間以内に飲んでいたお薬はありますか?

※お薬手帳を受付にお渡してください。

なし あり (薬手帳が無い場合は薬の名前を記載してください)

● これまでにかかった病気はありますか? 持病はありますか?

なし あり

喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 熱性けいれん(計 回)

てんかん 心臓病 未熟児出生

その他( )

● アレルギーはありますか? (薬剤、食物、花粉・ダニなど)

なし あり わからない

薬( ) 卵 牛乳・乳製品 小麦 大豆 甲殻類 そば

ナッツ ハウスダスト ダニ アルコール(消毒薬) その他( )

● 次のワクチンは接種していますか?

・ヒブ・肺炎球菌 : はい いいえ 分からない ・ロタウイルス: はい いいえ 分からない

● 検査、処方について、ご希望があればお書きください。※治療上、希望に添えないこともあります。

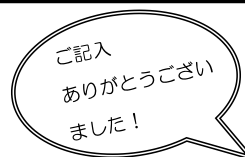
処方: シロップがいい 粉薬がいい 錠剤がいい 解熱剤がほしい (坐薬・内服薬)

検査:  新型コロナウイルスの検査希望

その他の希望 ( )

● Fax 希望の薬局 (特定の薬局がある場合ご記入ください)

くれよん薬局・その他 ( )



☆ くれこどもクリニックをどこでお知りになりましたか?

コミ( )  ホームページ  通りがかかり  その他( )

☆ 診察の前には、おなかや背中をすぐに出すことができるように準備して下さいね。

