

ID:

初診時間診表

体温()℃ 体重()kg()g HR()SpO₂()

ふりがな

お名前 () 性別: 男・女

生年月日(昭和・平成)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? で囲んでください。

熱が出た 咳が出る(こんこん、ゴホゴホ、けんけん) 鼻水が出る のどが痛い おなかが痛い

頭が痛い 下痢がある 吐いた ぶつぶつが出た 便秘

その他 ()

予防接種を受けにきた

健診をうけたい

(入園前健診の場合、入園予定の保育園名:)



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

● 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。

● 今飲んでいるお薬はありますか?

なし あり (薬の名前を記載してください:)

※お薬手帳を診察室で見せいただいても構いません。

● これまでにかかった大きな病気はありますか?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 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?

なし あり 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()
わからない

● 次のワクチンは接種していますか?

・ヒブ : 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
・肺炎球菌: 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) 解熱剤は自宅にあるのでいらない

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?

口コミ() ホームページ 看板 通りがかり その他()

◇ ご記入ありがとうございました。

診察の際には、おなかや背中をすぐに出すことができるようにご準備下さい。