

ふりがな

お名前 ( ) 男・女 \*体重 kg 身長 cm

1: 本日はどうされましたか?

発熱 咳 鼻水 下痢(水様・泥状が 回/日) 嘔吐( 回)  
頭痛 腹痛 ぶつぶつ(かゆみあり・なし)  
夜尿症の相談 アレルギーの相談 育児相談 発達・心理相談  
その他( )

2: その症状はいつからですか?

本日から( 時から) ( ) 日前から ( ) ヶ月前から

3: 水分、食事はとれていますか? とれている・あまり・まったくとれていない

4: 風邪症状の方にお聞きします。現在、通園、通学されている園、学校はどちらですか?

( ) ・ 通園していない

5: 園、学校で流行中の感染症はありますか? (風邪症状以外の受診の方は記入不要)

インフルエンザ 新型コロナウイルス感染症 アデノウイルス RSウイルス  
溶連菌 ヒトメタニューモウイルス 胃腸炎( )  
その他( )

6: ご家族内で風邪症状のある方はいらっしゃいますか? (1週以内)

父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 祖父母 すでに診断されていれば診断名( )

7: お薬の希望はありますか?

シロップ・粉薬・錠剤 (体重、年齢によって処方できない場合もあります)  
解熱剤は希望されますか? いない・いる(坐薬・シロップ・粉薬・錠剤)

8: お薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか?

ない・ある( )

9: 現在飲んでいるお薬、塗布している外用薬はありますか?

全てお書きください(もしくはお薬手帳をご提出ください)

( : もらっている医療機関名 )  
( : もらっている医療機関名 )

10: その他ご相談やご質問などご自由にお書きください

\*初診の方のみにお聞きします。当院を何でお知りになりましたか? \*

近所・インターネット・知人からのすすめ・他院からのご紹介・金井産婦人科小児科から転院

ありがとうございました

たかおベビー・キッズクリニック

