

初めて受診される方へ〔乳幼児・小学生の方用〕ID

記入日 年 月 日

ご面倒ですが、診察時の参考として必要ですので、ご記入ください。

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日  年 月 日生 ( 歳 カ月)
現住所	〒	連絡先電話番号 (自宅) (携帯)	
通園/通学施設名(あれば)	( ) 保育園・こども園・幼稚園・小学校〔 年〕・なし		
家族構成	同居している人に○をつけてください。(きょうだい、兄○歳というように記入ください) 父親、母親、きょうだい( ) 祖父、祖母、その他( )		
家族の喫煙	同居している人の中で喫煙している人に○をつけてください。 いない、父親、母親、祖父、祖母、その他( )		
出生時の状況	出生時週数 ( )週 出生時体重 ( )g 出生直後の状況はいかがでしたか。あてはまるところに○をつけてください。 1.特に何もなく退院した。 2.何らかの治療をした。 (わかる範囲で ) 3. NICU (新生児集中治療室)に入った。 4.その他( )		
予防接種の 接種状況	すでに受けたものに全て○をつけてください。 ・ヒブワクチン: 1回目、2回目、3回目、追加 ・肺炎球菌ワクチン: 1回目、2回目、3回目、追加、補助的追加 ・B型肝炎ワクチン: 1回目、2回目、3回目 ・ロタウイルスワクチン: 1回目、2回目、3回目 ・四種混合 DPT + IPV: 1回目、2回目、3回目、追加 ・三種混合 DPT: 1回目、2回目、3回目、追加 ・不活化ポリオ: 1回目、2回目、3回目、追加 ・ポリオ(生ワクチン): 1回目、2回目 ・BCG ・MRワクチン(麻疹+風疹): 1期、2期 ・水痘(みずぼうそう): 1回目、2回目 ・耳下腺炎(おたふくかぜ): 1回目、2回目 ・日本脳炎: 1期1回目、1期2回目、追加、2期 ・DT ・その他( )		
今までに かかった病気	病気になったことのあるものに○をつけてください。 麻疹、風疹、水痘、耳下腺炎(おたふくかぜ)、熱性けいれん、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、川崎病、その他( ) ・入院した事がありますか。 いいえ ・ はい (いつ、何で: )		
定期的に通院してい る病気はありますか	いいえ・はい (いつ、何で: ) 定期薬 ( )		
アレルギーについて	・食べ物でアレルギーの症状がでた事がありますか。 ない・ある(いつ頃、何で、 ) ・お薬でアレルギーの症状がでた事がありますか。 ない・ある(いつ頃、何で、 )		

裏面もご記入ください

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月) 男・女 体温 \_\_\_\_\_ °C、体重 \_\_\_\_\_ Kg

クリニック記入欄

通園・通学施設名 ( \_\_\_\_\_ ) 保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・なし  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

SP02	%
PR	
血圧	/

**～診察前の飲食、授乳はお控えください～**

ご家族からの預かっているメモ、日誌、母子健康手帳、小児科受診ノート等があれば一緒に提示ください。

必要に応じて 看護師が問診に伺います。

- ・ 今日 来院された目的は 何ですか

- ・ その症状はいつからどのような様子ですか。再診の方は前回の受診後からの様子を記入ください

- ・ 発疹がありますか ( ある ・ ない )

- ・ 上記以外に 次の症状があれば ○をしてください

〈 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 肌トラブル 〉

- ・ 食事は取れていますか 〈いつも通り ・ いつもより取れていない (いつもの 割くらい)〉

- ・ 水分はとれていますか 〈いつも通り・いつもより少ない・ほとんどとれていない〉

- ・ 睡眠はとれていますか 〈いつも通り・時々起きる・ほとんど眠れていない〉

- ・ 現在、あなたのお子さんの周囲で、流行っている病気がありますか 〈 ある ・ ない 〉

〔具体的に〕

- ・ 現在、あなたのお子さんが使っている薬がありますか 〈 ある ・ ない 〉

( 飲み薬、吸入薬、貼り薬、塗り薬、含む ) \*お薬手帳があれば、提出してください

- ・ その他 心配なことや 気になる症状 聞きたいことはありますか

