

※お手数ですが、診療の参考にしますので、次の質問にお答え下さい。

フリガナ ----- 名前	性別 男・女	才 ヶ月	現在の熱 °C
TEL ()	生年月日	昭、平	年 月 日
上記以外の連絡先 TEL ()	住所	〒	
①今、一番気になることは何ですか。 右以外のその他 _____	熱 せき 鼻水 ゼーゼーいう 息苦しい けいれん 便秘 発疹(ブツブツ) かゆみ 痛み(頭 のど 耳 胸 腹 関節 その他) 吐く(今日だけで 回) 吐き気 下痢(今日だけで 回)		
②それはいつ頃から どんな具合でしたか。	月 日 午前・午後 時頃より		
③今、何か薬を飲んでいますか。 (薬、処方薬をお持ちでしたら受付に提出して下さい。)	抗生剤 解熱剤 その他()	かぜ薬 下痢止め	ぜんそくの薬 吐き気止め
④薬物 食物アレルギーがありますか。	いいえ はい 薬 () 食物()		
⑤喘息と診断された事がありますか。	いいえ はい 何才の頃(才)		
⑥今までにどんな病気にかかりましたか。	突発性発疹症 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ		
	その他 (病名・年齢)		
⑦通っている託児所、保育園、幼稚園 学校で流行っている病気がありますか。	いいえ はい ()		
⑧くすりの希望は？ 粉くすり シロップ 錠剤 なんでもOK 解熱剤 : 必要 不必要			
◇ ひきつけた事(けいれん)がありますか。	いいえ はい 何才の頃(才 回)		
◇ 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ はい ()		
◇ 診療報酬の算定項目の分かる明細書を希望しますか？	いいえ はい		

※今までの医療で、副作用があった方は必ず申し出て下さい。