初めて受診される方

受診日【平成　　年　　月　　日】

ふりがな お名前	（　　歳　　ヶ月）　男・女	体温 ℃
生年月日	平成　　年　　月　　日	体重 Kg

現住所

電話番号　　－　　－　　（緊急時電話番号）　　－　　－

以下のことはわかる範囲で結構ですので、記入してください。

①本日の受診理由を○してください。発症時期や程度、その他の気になることを【】内記入してください。

発熱（　　頃から、最高　　℃）　喉の痛み　咳
鼻水　鼻づまり　嘔吐　腹痛
便秘　下痢　発疹　湿疹
じんましん　頭痛　耳痛　四肢の痛み
胸痛　血尿・尿の濁りなど　けいれん
発達相談などの小児期に関する悩み
予防接種（希望　　）
健診（　　歳　　ヶ月）
その他

【　　】

②お子様の様子はどうですか？　（当てはまるものに☑してください。）

元気・機嫌はどうですか　□いつも通り　□やや悪い　□非常に悪い
水分はとれていますか　□いつも通り　□やや悪い　□ほとんどとれない
食欲はどうですか　□いつも通り　□やや悪い　□ほとんどとれない

③周囲（家庭内・学校・幼稚園・保育園など）で流行っている病気があれば○をつけてください。その他流行っているものがあれば【】に記入してください。

[溶連菌・プール熱・アデノ・おたふく・水ぼうそう・インフルエンザ・ロタ・ノロ]

【　　】

④出生週数と出生体重をお答えください。（わからなければ空白でかまいません）

1）出生週数：（　　）週（　　）日　　2）出生体重（　　）Kg

⑤いままでに大きなご病気をされましたか？（なければ空白でかまいません）

ご協力ありがとうございました。

しろやま 赤ちゃんこどもクリニック
Shiroyama Baby & Child Clinic