

お名前： _____ 本日の体温： _____ ℃

※発疹・高熱のある方や伝染病の疑いのある方は、必ず受付にお申し出ください※

共通

- 1 本日はどのような症状でお困りですか。
☐ 発熱 ☐ 咳 ☐ 喉の痛み ☐ 鼻水 ☐ 息苦しい ☐ 頭痛 ☐ めまい
☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐・嘔気 ☐ 発疹 ☐ 動悸 ☐ 胸痛 ☐ むくみ（下肢・まぶた・全身）
☐ その他 []
- 2 1の症状はいつからありますか。 []
- 3 今回の症状にたいして、これまでに治療を受けたり、薬を使用したことはありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
 治療内容や使用した薬 []
- 4 薬や食品などにアレルギーはありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
 薬、食品名 []

大人の方のみご記入ください

- 6 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 糖尿病 ☐ 痛風・高尿酸血症 ☐ 狭心症・心筋梗塞 ☐ 不整脈
☐ 喘息 ☐ 胃炎・胃潰瘍 ☐ 肝機能障害 ☐ その他 []
- 7 常用している薬はありますか。（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお渡しください。） ☐ はい ☐ いいえ
 薬名 []
- 8 飲酒： ☐ 以前から飲まない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 飲む（1回あたり _____ 合 / 週 _____ 回）
- 9 喫煙： ☐ 以前から吸わない ☐ _____ 年前にやめた ☐ 吸う（1日あたり _____ 本 / 喫煙年数 _____ 年）

女性の方のみご記入ください

- 10 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 11 現在、授乳中ですか。 ☐ はい ☐ いいえ

お子様のみご記入ください

身長： _____ cm 体重： _____ kg

- 12 出生時の様子について
☐ 正常 ☐ 異常 []
- 13 発育・発達について、異常を指摘されたことはありますか。
☐ なし ☐ あり []
- 14 現在治療中、または今までにかかった大きな病気はありますか。
☐ 突発性発疹 ☐ はしか ☐ 風疹 ☐ おたふくぜ ☐ みずぼうそう ☐ RSウイルス感染症
☐ 中耳炎 ☐ クループ ☐ 肺炎・気管支炎 ☐ 熱性けいれん ☐ 尿路感染症
☐ 気管支喘息 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ じんましん ☐ アレルギー性皮膚炎
☐ その他 []
- 15 ご家族の病気について
 アレルギー性疾患の方はいますか。 ☐ なし ☐ あり ⇒ 続柄 [] 病名 []
 その他の慢性疾患や大きな病気にかかった方はいますか。
☐ なし ☐ あり ⇒ 続柄 [] 病名 []