

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 | □ おたふくかぜ | □ 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 []