おなまえ（　　）　年齢　　才　　ヶ月

体重　　kg

□未就園児　□保育園・幼稚園　□学校（小・中・高・大・その他）　□大人

1 今日はどうされましたか？　チェックしてください。(いくつでも)

□ねつ　□せき　□はなみず　□のどのいたみ　□はく　□げり　□しっしん

そのほか（　　）

2 いつからその症状がありますか？経過をかんたんにお書きください。

3 まわりでなにか病気がはやっていますか？（　　）

4 予防接種は済んでいますか？

□BCG　□ポリオ　□麻疹・風疹　□みずぼうそう　□おたふく

□日本脳炎　□三種混合　□四種混合　□Hib　□小児肺炎球菌

□その他（　　）

5 今回使っていた薬はありますか？（ ある ・ ない ）

内容（　　）

※お薬手帳があれば診察の時、お見せください。

6 ほかの病気でいつも使っている薬はありますか？（ ある ・ ない ）

内容（　　）

7 薬や注射で合わないものがありますか？（ ある ・ ない ）

内容（　　）

8 診察にお呼びするさい、個人名をおよびしてよろしいですか？（ はい ・ いいえ ）

村野小児科アレルギー科

〒195-0063 東京都町田市野津田町 1083　TEL:042-735-5777