受診者名　　様	年齢　　歳　　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）

□ 熱　□ 咳　□ 鼻みず　□ のどの痛み　□ 吐く　□ 下痢　□ 湿疹

その他（　　）

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. まわりで何か病気がはやっていますか？

4. 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にお見せください。

5. 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　（　　）

6. 薬や注射であわないものがありますか？（ ある ・ ない ）

内容　（　　）

7. 予防接種は済んでいますか？

□ ロタ　□ B型肝炎　□ 小児肺炎球菌　□ Hib　□ 麻疹・風疹　□ 水痘　□ おたふく

□ 二種・三種・四種・五種混合　□ 日本脳炎　□ BCG　□ その他（　　）

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

MURANO 村野小児科アレルギー科