

小児科

※症状により、他科のご案内となる場合がございます

名前		年齢		歳		ヶ月
体温		℃	体重		kg	※診察室内でも検温できます

今日はどうされましたか？

- 診察 書類作成希望 二次健診 検査結果説明
 定期通院【薬・検査・その他（ ）】

診察の方、いつからどのような症状ですか？

- 発熱 （ 日前） 最高値（ ℃） 嘔吐 （ 日前から 回）
 咳 （ 日前） 下痢 （ 日前から 回）
 鼻水 （ 日前）（透明・色がある） 腹痛 （ 日前から 回）
 ぜーぜー（ 日前） 発疹(ぶつぶつ)（部位： ）
 耳の下のはれ（ 日前） その他（ ）

その症状で医療機関(病院・診療所など)を受診しましたか？ いいえ はい

 なんと診断されましたか？ （ 診断名： ）

他の症状で医療機関(病院・診療所など)を受診していますか？ いいえ はい

現在服薬中の薬はありますか？ いいえ はい （ 薬剤名： ）

※お薬手帳がある場合は、診察室で先生に見せてください

希望されるお薬の薬形を選んでください。 （ 粉薬・錠剤・シロップ ） 特になし

家族や園・学校に具合の悪い方はいますか？ （ いいえ はい ）

それはどなたで、どのような症状ですか？ （ ）

薬や食べ物でアレルギーはありますか？ （ いいえ はい ）

薬のアレルギー （ 薬剤名： 症状： ）

食べ物のアレルギー （ 食品名： 症状： ）

既往歴はありますか？ [熱性痙攣・てんかん・肺炎・川崎病・水痘・おたふく
 麻疹・風疹・その他()]

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。
患者様の症状によって、他科のご案内となる場合がございます。

感染症ルームのご案内