

～初めて診察を受けられる方へ～

年 月 日

フリガナ

診察を受ける人の名前： ( 男 ・ 女 )

生年月日： H・S 年 / 月 / 日 (年齢： 歳)

付き添いの方の名前： (続柄： )

ご住所： 〒 - お電話番号：

1. 今までに医師からアレルギー体質（例えば喘息など）と言われた事がありますか？  
ない・ある ( )
2. 注射をして気分が悪くなったり、薬を飲んで発疹が出たりした事がありますか？  
ない・ある ( )
3. 以前に大きな病気にかかったり、手術を受けた事がありますか？  
ない・ある ( )
4. 家族でアレルギー体質の方や大きな病気をされた方がありますか？  
ない・ある ( )

＊いつからどのような症状があるかご記入下さい＊

	発疹 (有・無)	今までに熱性けいれん (有・無)	
<input type="checkbox"/> 発熱	/ 日から 最高 _____ °C	<input type="checkbox"/> 腹痛	/ 日から
<input type="checkbox"/> 咳	/ 日から	<input type="checkbox"/> 頭痛	/ 日から
<input type="checkbox"/> 鼻水	/ 日から		
<input type="checkbox"/> 嘔吐	/ 日から 1日 回程度 色		
<input type="checkbox"/> 下痢	/ 日から 1日 回程度 色		

- ・元気さ (元気・いつもより元気がない・元気がない・ぐったりしている)
- ・水分摂取 (できる・少しずつなら出来る・あまりできない・できない)
- ・排尿 (いつも通りに出ている・少なくなっている・でない)
- ・睡眠 (いつも通り眠れている・あまり眠れていない・眠れていない)

その他ご相談内容

\*\*\*\*\*  
 体温 \_\_\_\_\_ °C SpO2 \_\_\_\_\_ % 心拍数 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
 (啼泣 有・無)