

ふりがな お名前	男 ・ 女	生年月日	H・R 年 月 日 (年齢： 歳 カ月)
ご住所 〒 —			電話番号： 携帯番号：
( ) 保育園(所) 幼稚園			体 重： k g
( ) 小 中 高等 学校			来院時体温： °C

【今日はどうされましたか？】

( )

【現在飲んでいる薬はありますか？】

なし ・ あり [ ]

【お薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？】

なし ・ あり [ ]

【いままでにかかったことのある病気に○をつけてください。】

突発性発疹 中耳炎 麻疹(はしか) 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ  
熱性痙攣 てんかん 肺炎 川崎病 喘息 喘息性気管支炎 気管支炎  
その他 [ ]

【入院・手術をされたことはありますか？】 なし ・ あり

病名 [ ]

いつから： \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_日間 入院

【1ヵ月以内に周りの方に以下の病気にかかった方はおられますか？ ○をつけてください】

溶連菌 手足口病 インフルエンザ 水ぼうそう おたふくかぜ リンゴ病  
い つ [ ]  
どなたが [ ]

【その他相談したいこと等ありましたらお書きください。】

