

ふりがな		男 ・ 女		
名前		生年月日	H・R	年 月 日
住所	〒 -	電話番号	携帯（続柄：母・父・祖父母・他）	
			自宅	
通っている 園・学校	体温		℃	
	体重		kg	

待合に体重計を設置しています。ご自由にお使いください。

1. 今日はどうされましたか？ ご相談や伝えておきたいことなどもこちらにご記入ください。

2. 現在飲んでいる薬はありますか？ ☆「あり」の場合は記入、またはお薬手帳をお出してください
なし / あり→薬の名前… []

3. 薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？ ☆「あり」の場合は種類を記入
なし / あり→薬や食べ物の種類… []

4. 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
熱性けいれん ・ 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… []

5. 入院や手術をしたことはありますか？ ☆ある場合は病名とその時期・期間を記入
病名 []
→いつ []、入院期間は [] 日間

6. 1ヵ月以内に、周囲で以下の病気にかかった方はいますか？
胃腸風邪 ・ 溶連菌 ・ インフルエンザ ・ アデノ（プール熱） ・ 手足口病 ・ リンゴ病
水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ その他… []
→いつ []、誰が（どこで） []

風邪症状がある方は入り口から見て右側、その他（皮ふの症状や便秘など）の方は左側の待合でお待ちください。