

初めて来院された方にお聞きしたいこと

フリガナ

お名前： _____ (男・女) 生年月日： _____ 年 月 日 生

1 カ月以内の渡航歴 あり / なし

現在の体重は、 約 _____ Kg

1. 本日はどうなさいました？現在の症状に○をつけて、いつから始まったかお書きください。

- 熱 () 日前から〔自宅で最高 () °C それはいつですか？ ()〕
- のどの痛み () 日前から
- せき () 日前から
- ゼーゼー () 日前から
- 鼻みず () 日前から
- 嘔吐 () 日前から (回/日)
- 鼻づまり () 日前から
- 腹痛 () 日前から
- 下痢 () 日前から (回/日)
- 喘息発作 () 日前から
- 頭痛 () 日前から
- 発疹 () 日前から (部位 _____)
- その他 (_____)

2. 他院で処方されて、飲んでいる薬・塗っている薬・吸入薬などの名前をわかる範囲で、出来るだけ詳しくお書きください。(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。診察室で手帳をお見せください)

3. 何か心配なこと、聞いておきたいことはございませんか？

4. お薬の形態や回数などのご希望があればお書きください。

(注：お薬の内容によっては、ご希望に添えないこともございます。)

形態：シロップ 粉末 錠剤 カプセル

回数：2回/日 3回/日 指示書希望 (あり なし)

現在、保育所・幼稚園に通っていますか？ (はい いいえ)

5. 先天性の病気や、大きな病気で入院や手術を経験したことはありますか？ある方はお書きください。

6. 今まで薬や食物、予防接種で具合が悪くなったことはありますか？ある方はお書きください。

薬 :

食物 :

予防接種 :

7. 普段のかかりつけの医療機関はどちらですか？