

# 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：平成 \_\_\_\_ 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？

# 再診の方にお聞きしたいこと

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日：平成 \_\_\_\_ 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

回数： 2回/日 3回/日

現在、保育所・幼稚園に通っていますか？ ( はい いいえ )

接種をされるワクチンすべてに丸をつけてください。

※お子様の場合には、健康状態を良く把握している保護者をご記入下さい。

		診察前の体温	度	分
住 所				
(ふりがな)		診察券番号		
受ける人の氏名		男	生年	年 月 日生
保護者の氏名		女	月 日	(満 歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬を飲んでいますか（いる・いない）	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
5. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか？	いる（病名）	いない	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
7. 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月頃	ない	
8. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	ない	
9. これまでに気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名・症状）	ない	
11. 1ヶ月以内に家族や周囲ではしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある（病名）	ない	
12. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名： 月 日）	いいえ	
13. (ご婦人の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14. (接種を受けられる方がお子様の場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある（具体的に）	ない	
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			

医師の記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師のサイン 椿 俊和 

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	保護者の署名（もしくは本人の署名）
--	-------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
Lot. No.	規定量	実施場所 医療法人社団武光会 つばきこどもクリニック 医師名 椿 俊和 接種日時 平成 年 月 日

