

澤田こどもクリニック 初診時間診表

初診日 平成 年 月 日

フリガナ	生年月日 (S・H)	年	月	日
お名前				男・女 (才)
住所 〒		TEL	自宅	携帯
体重	Kg	現在の体温	℃	

ご来院同伴者 母 父 祖母 祖父 その他()

☆本日初診のお子様について、わかる範囲でお答えください☆

出生場所 都道府県 病院・産院・自宅・その他

妊娠中異常
 ・ なし ・ あり (切迫早産・切迫流産・妊娠中毒症・妊娠糖尿病・その他)

出生時週数 妊娠 週 出生時体重 g

分娩異常
 ・ なし ・ あり (吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開・その他)

新生児期の異常
 ・ なし ・ あり ()

アレルギー
 ・ なし ・ あり ()

これまでにかかった大きな病気
 ・ なし ・ あり ()

今、薬を飲んでいますか？(はいの方はお薬手帳をご提出ください)

・ いいえ ・ はい

本日受診された主な症状をお知らせください

- ・ 発熱
- ・ 発疹
- ・ 咳、鼻水
- ・ 皮膚トラブル
- ・ 嘔吐、下痢
- ・ その他

上記の症状はいつからですか？

- ・ 今日
- ・ 昨日
- ・ 1週間以内
- ・ それ以前

通っている園名、学校名 ()

ご兄弟がいますか？ いない ・ いる (お名前・年齢 才)

差し支えなければ、当院を受診されたきっかけをお選びください。

- ・ 家が近いから
- ・ ホームページ、看板をみかけたから
- ・ 知人、他医の紹介
- ・ その他

ご協力ありがとうございました。