

ID :

## 初診受付票

日付： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	平成・令和 年 月 日 歳
住所〒	電話番号	— —
	携帯番号	— —

体重 \_\_\_\_\_ Kg 体温 \_\_\_\_\_ ℃ ※体重・体温は必ずご記入お願いします

## I. いっごろからどのような症状がありますか。

① 症状 いつから

<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 喘鳴ゼーゼー	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他( )

②左記以外に心配な症状はありますか。

## III. 今日の体調

- \*水分は取れていますか 普通 やや少ない 少ない  
 \*夜はよく眠れていますか 普通 あまり眠れない ほとんど眠れない  
 \*食欲はどうですか 普通 やや少ない ほとんど食べない  
 \*薬は飲みますか 飲む 飲めない

## IV. 出生から今までのことについて

- (1) 出生時の状況 出生体重 ( ) g 在胎週数 ( ) 週  
 出生時の異常 なし あり ( )
- (2) アレルギー 薬物アレルギー なし あり ( )  
 食物アレルギー なし あり ( )  
 その他 なし あり ( )
- (3) 今までに「熱性けいれん」にかかったことは なし あり
- (4) 予防接種歴 \*水痘 未 済 ( 1回 2回 ) \*おたふくかぜ 未 済  
 \*BCG 未 済 \*肺炎球菌 未 済 ( 1回 2回 3回 追加 )  
 \*日本脳炎 未 済 \*その他 ( ) 未 済み  
 \*麻疹風疹 (MR) 未 済 ( 1期・2期 )  
 \*4種混合 未 済 ( 1回 2回 3回 追加 )  
 \*ヒブ 未 済 ( 1回 2回 3回 追加 )