

くろさか小児科アレルギー科

※再診の方はお名前、体重欄のみご記入下さい。

※初診の方、再診でご住所・連絡先の変更のある方は下記の項目をご記入下さい。

ご住所 〒

受付番号
番

発熱（前日のみの場合も含む）・水ぼうそう・おたふくかぜ・その他感染症の疑いのある方は隔離部屋へご案内します。スタッフまでお声かけ下さい。

ふりがな

お電話番号① _____

お名前 _____

② _____

お子様の体重 _____ k g

❖ どちらの園・学校に通われていますか？

未入園 ・ () 園 () () 小学校 () () 中学校

❖ 本日の診察の目的に☑、またはご記入下さい。

- 定期健診（アトピー性皮膚炎） アレルギーの診断書希望 舌下治療
- 定期健診（喘息） アレルギー検査希望 食物アレルギー自宅負荷テストの経過
- 定期健診（アレルギー性鼻炎） 栄養相談希望（火・土曜） 負荷テスト前の検診
- その他 ()

❖ 発熱はありますか？

なし あり 本日 AM・PM 時 (. °C) 昨日 AM・PM 時 (. °C)

発熱が3日以上続く場合は、経過をご記入ください。

[]

❖ 熱さましのお薬は希望されますか？

不要 坐薬 粉薬 錠剤

❖ 本日受診にあたっての症状・および症状の始まった日付（月/日）（下記の該当する項目に☑をお願いします。）

- 咳 (/) 痰 (/) のどの痛み (/) 鼻水 (/)
- 鼻づまり (/) くしゃみ (/) 頭痛 (/) 腹痛 (/)
- 吐き気 (/) 発しん (/) (できている場所:)
- かゆみ (目 ・ 鼻 ・ 肌) 嘔吐 本日 (回) / 昨日 (回)
- 下痢 本日 (回) / 昨日 (回) 便の色 (茶 ・ クリーム色) 軟便 (/)
- その他、上記以上の症状のある方はご記入ください。いつ頃から、どのような症状か

[]

❖ 上記の症状で他の病院を受診されましたか？ 受診なし 受診あり

受診ありの方へ ・ 検査をされましたか？ いいえ はい

・ お薬が出ていますか？ いいえ はい

他院で行った検査結果、およびお薬が出た方は、診察時にお知らせください。

❖ 飲めるお薬の種類・回数の希望はありますか？

シロップ 粉薬 錠剤 朝・夕しか飲めない

❖ 学校・園または家族の方で次の病気の方がいらっしゃれば、○印で囲んでください。

水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ インフルエンザ (A・B) ・ RS ウイルス ・ マイコプラズマ
溶連菌 ・ アデノウイルス ・ プール熱 ・ ヒトメタニューモウイルス ・ ロタウイルス ・ 嘔吐 ・ 下痢

❖ インフルエンザ再診の方へ

いつから熱が下がりましたか？ (日、 朝 ・ 昼 ・ 夜 から解熱)

❖ 本日も希望の薬を下記にご記入下さい。

[]