

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 〒

診察日 令和3年 月 日
受付予約番号 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。

[]