

## 小児科外来を受診する方へ

発疹が出ている方、耳の下が腫れている方は小児科受付へ声をお掛け下さい

氏名（カタカナ） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

年齢： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

最近の体重（分かればお書き下さい） \_\_\_\_\_ kg（いつ頃 \_\_\_\_\_）

紹介状： 有・無

① 本日はどのようなことが心配で来院されましたか？

紹介状がない方はご記入ください。紹介状がある方も差し障りなければご記入下さい。

いつ頃から：

どのような：

② 今、お飲みになっている薬はありますか？ はい・いいえ

③ 薬を飲んで蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？

はい・いいえ

④ 今までに入院、または長期間お薬を必要とする病気にかかったことはありますか？

はい・いいえ

病名

---

### 以下は看護師記入

---

体重：	kg	身長：	cm
体温：	℃	血圧：	／ mmHg
SAT：	%	<input type="checkbox"/> 酸素投与なし	<input type="checkbox"/> 酸素（ ℓ／min）