

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

薬剤名

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

指摘事項

以下は看護師記入

体重：	k g	身長：	cm
体温：	℃	血圧：	/ mmHg
S A T：	%	<input type="checkbox"/> 酸素投与なし	<input type="checkbox"/> 酸素（ ℓ/min）