

ぐあいはどうですか？	
<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のど痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> その他(            ) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・たん <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> ぜいぜいする <input type="checkbox"/> 耳が痛い <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 便に血 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 尿に血 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 皮膚があかい <input type="checkbox"/> その他(            )	
症状はいつ頃からありますか？ 約(            ) 日・週間・ヶ月・年前から	
検査、治療の希望	
過去および、現在治療中の病気、治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(            ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他(            )	
おくすりの希望 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 粉くすり <input type="checkbox"/> 錠剤	
今日の活気、機嫌はどうですか？	
活気 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少し低下 <input type="checkbox"/> かなり低下 機嫌 <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ふだんより少し悪い <input type="checkbox"/> かなり悪い 食欲 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少し低下 <input type="checkbox"/> 食べない 水分 <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> すこし飲める <input type="checkbox"/> 全く飲めない おしっこ <input type="checkbox"/> 十分出ている <input type="checkbox"/> やや少ない <input type="checkbox"/> 出ていない {いつから            }	
いままでの予防接種	
<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B肝炎 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> ロタワクチン <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> その他(            )	
食べ物や薬・注射のアレルギー	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(            )	
出生時	
<input type="checkbox"/> 体重 (            g) <input type="checkbox"/> 在胎週数 (            )週 (            )日 {分娩} <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 異常分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開	
当院をどちらでお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他(            )	

名前	<生年月日>		
	平成・令和	年	月 日
フリガナ			
住所 〒 -			
電話番号 (            )	Email:	@	
身長                    cm	体重	kg	
体温                    °C	SPO2	%	