

水痘・おたふくなどの伝染病の疑いがある方は受付までお伝えください。

当院に初めて受診される方や住所・電話番号に変更があった方はご記入ください。

住所

〒

-

電話番号

携帯番号

フリガナ

男

S

お名前

女

生年月日

H

年

月

日

体温

℃

体重

kg

身長

cm

◎ 周囲ではやっている病気がありますか？

ある()・ない

◎ 本日はどのような症状で受診されましたか？

・発熱は？… ある(いつから)・ない

解熱剤はありますか？ いる(座薬・粉・錠剤)・いない

・咳は？… ある(いつから)・ない

・鼻水は？… ある(いつから)・ない

・下痢は？… ある(いつから)・ない

(回数は1日 回くらい) (性状は、水様・泥状・軟便・普通)

・嘔吐は？… ある(いつから)・ない

(回数は1日 回くらい)

・発疹は？… ある(いつから)・ない

・食欲は？… ある ・ あまりない ・ ない

・水分は？… 飲める ・ 少し飲める ・ 飲めない

・機嫌は？… 良い ・ まあまあ ・ 悪い

◎上記以外で気になる症状や相談したいことがあればご記入ください

◎今までに入院をされたり、慢性の病気がある方はご記入ください

ある()・ない

◎現在、他の病院で診察を受けたり、内服を処方されていますか？
わかればお薬の名前も教えてください(お薬手帳添付OK)

ある()・ない

◎薬のアレルギーや食べ物のアレルギーがあればご記入ください

ある()・ない

