

●発疹（ぶつぶつ）や、感染する病気の可能性のある方はスタッフへお申し出ください。

ふりがな

お名前

男・女

ID:

生年月日 S・H 年 月 日 (歳 ヶ月)

体温 (来院時) °C 体重 kg

1. 今日はいつからのどのような症状で来られましたか？

- 発熱 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から (最高 °C)
- 咳 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- 鼻水 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- ぜーぜー 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- 嘔吐 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から (回)
- 下痢 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から (回)
- 腹痛 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- ぶつぶつ (発疹)
- かさかさ・ジクジク (湿疹)
- 耳の下の腫れ
- その他 ()

2. その症状で他の病院を受診されましたか？ (はい・いいえ)

どのように診断されましたか？ ()

3. 現在、使用している薬がありますか？ (はい・いいえ)

あれば、すべてお書きください。(飲み薬・坐薬・塗り薬・貼り薬・吸入薬など)

()

4. 家族・園・学校に具合の悪い方はおられますか？ (はい・いいえ)

おられる場合は、誰がどのような症状かお書きください。

()

5. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ (はい・いいえ)

あれば、すべてお書きください。

()

6. 何か伝えておきたいこと・相談したいことがございましたら、お書きください。

()

※住所・電話番号などの変更がありましたら、お書きください。

()

※健康保険証は月に一度、あるいは変更がございましたら、受付にご提出ください。