

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏 名				年齢	歳 ヶ月
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日				
住 所	〒 -				
電話番号					
身 長	c m	体 重	k g	本日の体温	°C

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

■本日はどのようなことで、いらっしゃいましたか？

該当する症状があればチェックし、始まった時期などを教えてください。

- 発熱 _____ 月 _____ 日より _____ °C 解熱剤の使用： あり ・ なし
- 咳 _____ 月 _____ 日より
- 鼻水 _____ 月 _____ 日より
- 発疹 _____ 月 _____ 日より 場所：頭・顔・腹・背中・手・足・その他
- 嘔吐 _____ 月 _____ 日より _____ 回
- 下痢 _____ 月 _____ 日より _____ 回
- 腹痛 _____ 月 _____ 日より
- 頭痛 _____ 月 _____ 日より
- その他の症状・心配なことなど

()

◎ご家族や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はいらっしゃいますか？

- なし あり (病名：)

■今までかかった病気、治療中の病気があれば、該当するものにチェックをしてください。

- けいれん (ひきつけ) : (熱があるとき _____ 回、熱がないとき _____ 回)
- はしか (麻しん) 風疹 みずぼうそう おたふくかぜ
- ぜんそく 肺炎 百日咳
- その他 ()

■現在、使用中のお薬 (飲み薬・塗り薬) がありましたら教えてください。

薬剤情報、お薬手帳などありましたらお見せください。

- なし ()
- あり ()

■他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

裏面にも質問事項がございます。お手数ですがご記入をお願いいたします。

