

ふりがな			
お名前	さま	年齢	歳 カ月

初診の方・ご住所が変わられた方のご記入ください

ご住所	〒		
ご連絡先	()	生年月日	平成 年 月 日

体温・体重を記入してください

体温	℃	体重	kg
----	---	----	----

次のうち、あてはまるものを選んでください

☺ 以前に、今回の症状で当院を受診しましたか？ はい・いいえ
はいの方→(月 日)

☺ アレルギーはありますか？ ある・ない
あるの方→食べ物()
薬()

☺ 現在、治療中の病気はありますか？ ある()・ない

今日はどうされましたか？

- 熱はいつからですか？ … () 日前からある
- 咳はいつからですか？ … () 日前からある
- 鼻水はいつからですか？ … () 日前からある
- 下痢はいつからですか？ … () 日前から、1日() 回ある
- 吐くのはいつからですか？ … () 日前から、1日() 回ある
- 腹痛はありますか？ … いいえ・はい
- 頭痛はありますか？ … いいえ・はい
- 食欲はどうですか？ … ある・ない
- 水分はどうですか？ … とれる・とれない
- 湿疹はありますか？ … () 日前から
でてきた・ひどくなった・よくなった
湿疹の部位は？ … 顔・お腹・背中・手足・その他()
- お薬の種類で飲みやすいものはどれですか？
… 水薬・粉薬・カプセル・錠剤・その他()
- その他、気になることがあればご記入ください

*** 診察前は、食べたり、飲んだりしないでください *