

ふりがな

氏名

男 ・ 女

来院日

生年月日

昭 ・ 平 ・ 令

年

月

日

(

歳

ヶ月)

体温

°C

体重

kg

① 現在、お困りの症状は何ですか？

発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 喉痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 発疹 ・ 低身長 ・ 乳児健診 ・ 入園健診
その他 ()

② 処方されるお薬にご希望はありますか？

散剤 (粉薬) ・ シロップ (水薬) ・ 錠剤 ・ 特に希望無し

③ お薬でアレルギー症状が出た事がありますか？

はい (薬品名:) いいえ

④ 現在、他の病院に通院していますか？

はい () 歳頃から (病名:) で (病院名:) に通院中
 いいえ

⑤ 現在、服用中のお薬はありますか？

はい (薬品名:) お薬手帳 ある ・ ない) いいえ

⑥ 今までに、どのような病気をしましたか？ (風邪等は除く)

突発性発疹 ・ はしか ・ みずぼうそう ・ おたふく ・ 喘息 ・ アトピー ・ 熱性けいれん ・ 川崎病
その他 ()

⑦ 出生時に付いて

() 週 () g 出生 出生時や乳児健診で異常が (あった ・ なかった)

⑧ 家族構成と病歴

今までにかかった大きな病気とその時の年齢

	現在	名前	
父	歳	ID	
母	歳	ID	
第1子 男・女	歳	ID	
第2子 男・女	歳	ID	
第3子 男・女	歳	ID	

⑨ 緊急連絡先 (携帯電話は必ずご記入下さい)

① 自宅TEL () ② 携帯 (母) ③ 携帯 (父)
④ 勤務先 (母) ⑤ 勤務先 (父)

⑩ 当院を受診したきっかけを教えてください

家族 ・ 兄弟が通院した事がある ・ 近所だから ・ 評判を聞いて ・ 看板を見て
園医校医だから ・ ホームページを見て ・ 新聞記事を見て ・ その他 ()

⑪ 特に知りたい事や相談したい事があればご記入下さい