



フリガナ お名前	生年月日 年 月 日 (歳 カ月)
性別 男・女	
ご住所 〒	TEL () ケータイ - -
※当院に受診したことのあるご兄弟がいらっしゃれば、お名前をお書きください。	

体温 °C 体重 kg

※症状 あてはまるものに○印と詳細の記入をお願いします。

- ・発熱 月 日 時頃～ °C
経過： ピークを越えた・出たり退いたり・ずっと出ている
- ・咳 月 日～ 咳の性質：痰がらみ・空咳・ケンケン・ゼーゼー
時間帯：一日中・夜に強い・寝起きに強い
- ・鼻水 月 日～ 水鼻・青鼻・つまっている・目やにが出る
- ・嘔吐 月 日～ /日→悪化傾向・改善傾向
最終嘔吐： 日 時頃
- ・下痢 月 日～ 回数： /日→悪化傾向・改善傾向
便の性状：(軟便・水様便・白色便・すっぱい臭い)
- ・便秘 月 日～ 腹痛あり・腹痛なし
- ・発疹 月 日～ 部位：
経過：悪化傾向・かゆがっている・出たり退いたりする
- ・他 月 日～ 部位：

※体調 あてはまるものに○印と詳細の記入をお願いします。

- 食欲や母乳、ミルクの飲み：良い・ふつう・悪い
- 水分：摂れる・摂れない
- 睡眠：眠れる・眠れない→咳・息が苦しそう・ぐずる

※身の回りに（保育園・幼稚園・学校・家族）で流行っている病気はありますか？

→

※現在、飲んでるお薬があればご記入下さい。（他院の処方箋、お薬手帳があればご提示ください。）

→

※今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

- はしか・風疹・突発性発疹・みずぼうそう・おたふく・ぜんそく
ひきつけ（熱：あり・なし）・その他（ ）

※今までに薬、注射、食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

- いいえ・はい→薬・注射（ ）食べ物（ ）

※診察・受付時お名前でお呼びしても良いでしょうか？

（はい・いいえ→受付番号でお呼びします。）

※**予防接種の方へ** 予防接種の部位の希望はありますか？（はい・医師におまかせします。）

*当院は何でお知りになりましたか？

- 紹介・ホームページ・看板・検索サイト・電話帳・その他（ ）

◎ご記入が終わりましたら、受付、看護師へお渡し下さい