

フリガナ	
お名前	男 女
ご住所	〒
電話番号	()

来院時体温

_____ °C

生年月日	H · R	年	月	日
(歳	ヵ月)	
身長	cm	/	体重	kg

該当するものに○または記入をしてください。

- ・ 本日はどうされましたか？

発熱(いつから _____ 頃 / _____ °C) けいれんの既往(有 ・ 無)
 せき _____ 痰 _____ 鼻水 _____ 頭痛 _____ 咽頭痛 _____
 腹痛 _____ 嘔吐(回数 _____ 回) 下痢(回数 _____ 回 / 性状: 泥状 ・ 水様 ・ その他)
 皮膚症状(湿疹 ・ 乾燥 ・ 赤み ・ ひっかき傷 ・ 発疹 ・ その他 / 部位: _____)
 食欲(有 ・ 無) _____ その他の症状 _____

それはいつ頃からですか？

- ・ 周囲で流行している感染症はありますか？ はいと回答された方は○を付けてください。

いいえ はい (コロナ・インフルエンザ・アデノ・胃腸炎・溶連菌・手足口病)
 その他 _____

- ・ 今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

いいえ はい (病院名 _____)

- ・ 上記受診病院より処方薬、または定期的に内服をしていますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

いいえ はい (病名 _____) 内服薬



- ・ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい (薬 _____) (食べ物 _____)

- ・ ご希望がありましたらいずれかに○をお願いします。

お薬は (粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤) を希望します。