



初 診 用

年 月 日 記 入

今日の体温 () 度 / 体重 (Kg・g)

フリガナ

名 前

年 月 日 生 (歳 ヶ月)

〒

住 所

TEL

- ★ 今日はどうなことが心配で来院されましたか？ 当てはまる症状に○を付けて下さい。
 - ・発熱 () 日前から 最高 () 度くらい
解熱剤は使用しましたか？ はい / いいえ 使用したのは () 時頃
 - ・咳 () 日前から いつ頃多くで出ますか？ (朝 ・ 夜 ・ 1日中)
 - ・鼻水 () 日前から ・鼻づまり () 日前から
 - ・嘔吐 () 日前から 何回くらいですか？ (回)
最後に吐いたのは () 時頃
 - ・下痢 () 日前から 何回くらいですか？ (回)
 - ・湿疹 () 日前から 部位はどこですか？ ()
 - ・その他 ()

- ★ 今回のことで、他の病院には受診しましたか？ はい / いいえ
(病院名)
- 現在、服用している薬はありますか？ はい / いいえ
- かかりつけの病院はありますか？ ない / ある
(病院名)

- ★ 熱性けいれんなどの慢性的な病気はありますか？ はい / いいえ
それはいつ頃 (何歳頃) 何の病気ですか？ ()

- ★ 入院したことはありますか？ はい / いいえ
それはいつ頃 (何歳頃) 何の病気ですか？ ()

- ★ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ない / ある
それは何ですか？ ()

- ★ その他、聞きたいことがあればお書きください。
()

服用している薬がありましたらお薬手帳をお出してください。

