



初診用

今日の体温 () 度 / 体重 (kg · g)

フリガナ
名前

西暦 年 月 日生 (歳 ヶ月)

住所

自宅 TEL

携帯 TEL

★ 身近に流行している感染症はありますか？ はい いいえ

コロナ インフルエンザ その他 ()

★ 今日はどのようなことが心配で来院されましたか？ 当てはまる症状に✓を入れて下さい。

発熱 本日 () 時頃から () 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 () 日 () 時頃

咳 本日 () 日前から

多 少 いつ頃多く出ますか？ (朝 · 夜 · 1日中)

鼻水 · 鼻づまり 本日 () 日前から

嘔吐 本日 () 日前から 何回ぐらいですか？ (回)

最初に吐いたのは () 日 () 時頃 最後に吐いたのは () 日 () 時頃

下痢 本日 () 日前から 何回ぐらいですか？ (回)

湿疹 本日 () 日前から 部位はどこですか？ ()

その他 ()

★ 今回のことで、他院を受診しましたか？ はい (病院名)

いいえ

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？ ある (病院名) いいえ

★ 熱性けいれんや慢性的な病気はありますか？ はい いいえ

() 歳の時 病名 ()

★ 入院したことはありますか？ はい いいえ

() 歳の時 病名 ()

★ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある ない

薬 () 食べ物 () その他 ()

★ 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下さい。

