



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。

