

～初めて当院で診察を受ける方～

保険証確認

仮 IDをお持ちの方は↓記入ください

仮 ID

※小児の方のみ 体重

体温

ふりがな

氏名_____

来院日 年 月 日

性別 (男 女)

生年月日 西暦 年 月 日 (才 ケ月)

〒

住所_____

電話番号 () 携帯電話番号 _____

①本日はいかがなさいましたか。お困りの症状に✓や○をつけ、日付をご記入ください。

□発熱 () 時頃 () °C 月 日 ~	□吐き気 月 日 ~
□セキ・ゼイゼイ・息苦しい 月 日 ~	□嘔吐 1日 () 回 月 日 ~
□鼻汁 (黄色・透明) 月 日 ~	□下痢 1日 () 回 月 日 ~
□たん (黄色・透明) 月 日 ~	□腹痛 月 日 ~
□のどの痛み 月 日 ~	□頭痛 月 日 ~
□水分 とれている ・ とれていない	□食欲 あり ・ なし
体にズツズツはありますか? はい ・ いいえ	
耳下腺が腫れていますか? はい ・ いいえ	
その他	

②下記の質問にお答えください。

現在、治療中の病気や 服用中の薬はありますか?	いいえ はい→ (病名 :) (薬剤名 :) お薬手帳があれば、お見せ下さい
今まで入院や長期の通院をされたことは ありますか?	いいえ はい→ (いつ頃 : 歳の時) (病院名 :) (病名 :)
薬や食べ物のアレルギーはありますか?	いいえ はい→ (薬剤名 :) (食品名 :)



裏面のご記入もお願い致します。



③小児の方のみ、下記の質問にお答えください。

成人の方は、④へお進みください。

出生時の体重は？	() グラム
分娩時・新生児期に何か問題はありましたか？	いいえ はい→（早産・仮死・強い黄疸・感染症） (その他：)
ご両親の年齢は？	父()歳、母()歳
兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？	いいえ はい→(人兄弟(姉妹)の 番目) 兄弟姉妹の性別・年齢 (男・女 歳)(男・女 歳) (男・女 歳)(男・女 歳)
※未就学のお子様のみお答えください。 平日の保育は主にどなたがなさいますか？	父・母・祖父母・保育園・幼稚園 (その他：)
薬はどの種類が飲めますか？ ご希望がある方は○をお付け下さい。	粉・錠剤・カプセル シロップ(お時間かかります)・全て
今までにかかった病気に○をつけて下さい。	突発性発疹(歳)・麻疹(歳) 風疹(歳)・水ぼうそう(歳) おたふくかぜ(歳) 気管支喘息(歳から) 熱性けいれん(回)・中耳炎(回)

④成人の方のみ、下記の質問にお答えください。

タバコは吸いますか？	いいえ はい→(本/日)
右記のお薬のご希望がある方は○をお付け下さい。	トローチ・うがい薬・漢方薬 その他：
※女性の方のみお答えください。 妊娠していますか？ 授乳中ですか？	いいえ・わからない・はい いいえ・はい

⑤注意事項

- ・小児(10才未満)の方は、日曜日の処方は2日分となります。
- ・時間予約の方を優先的に診察致します。時間指定なしの方、予約なしの方は、診察の進行状況により待ち時間が長くなる場合があります。予めご了承ください。
- ・中学生以下の保護者不在の受診は、お断りしております。

上記事項確認しました _____ サイン _____

ご協力ありがとうございました。