

ふりがな				性別	男性	・	女性
氏名				体重	kg	体温	℃
	(1ヵ月以内の)						
生年月日	平成・令和	年	月	日	電話番号	- -	
	(歳	ヵ月)		(父・母・その他:)		
車種:				色:	ナンバー:		
所属	()			こども園・保育園・幼稚園・小学校・中学校・高等学校			

初診の方・住所変更がある方はご記入をお願いします。

住所	〒 -
----	-----

身近に新型コロナウイルス感染症の方がいますか？ はい ・ いいえ

当院・他院にて検査をしましたか？ はい (月 日 時) ・ いいえ

検査結果のご記入をお願いします。 … コロナPCR (+ ・ -) コロナ抗原 (+ ・ -)
インフルエンザ (A B ・ -) その他検査 () (+ ・ -)

新型コロナ (抗原・PCR) ・ その他() 検査を希望しますか？	はい	いいえ
	相談の上決めたい	

※検査の対象を発熱者のみとさせていただきます。

1. 本日は、どうなさいましたか？

- 診察希望 定期受診 (便秘 喘息 夜尿 皮膚 その他) その他 ()
- かぜ症状 …… 発熱 (月 日 時から、 ℃)
- 鼻水 咳 ゼーゼーする のどが痛い 痰
- 疼痛 …… 頭痛 腹痛 関節痛 悪寒
- 嘔吐症状 …… 吐気 嘔吐(いつから、 回) → [排尿 有 / 無] → [水分摂取 有 / 無]
- 便症状 …… 下痢 / 軟便(いつから、 回) 便秘 (日間排便なし)
- 皮膚症状 …… 湿疹 発疹 じんま疹 乾燥肌
- 眼症状 …… 目ヤニ 充血 目がかゆい
- その他 …… ()

2. 周りではやっている病気はありますか？

- ない 不明 ある ()

3. 現在、他院で処方されている薬はありますか？

- ない ある () ※薬剤名をご記入ください。又は、お薬手帳をお預かりします。

4. くすりのご希望についてお伺いします。

※病状によりご希望に添えない場合があります。

- 飲ませ方 …… 1日3回 1日2回
- 飲み薬 …… シロップ 粉 錠剤
- 熱さまし …… シロップ 粉 坐薬 錠剤
- 吐気止め …… ラムネ 粉 坐薬

初診の方は、以下の質問にもお答えください。

5. 過去に長期の通院や入院を必要とする病気にかかったことがありますか？ 現在治療中ですか？

- ない ある (時期: 年 月頃・現在治療中)(病名:)

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？わかれば薬剤名・食品名をご記入下さい。

- ない ある ()

7. けいれんを起こしたことがありますか？

- ない ある (時期: 才頃)

8. ご家族(血縁関係)に以下の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか？

- ない 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 結核

※ご記入いただきました情報は、大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

※当院は、お子様のお名前をフルネームでお呼びいたしますが、

呼び方に関しましてご希望がございましたら、お申し付けください。

