

初めて来院された方へ

下記にご記入ください(帰省中の方は帰省先の住所・電話番号もご記入ください)

保険証(および乳幼児福祉医療費受給者証)を受付にお出してください

受診される お子様の	フリガナ 氏名		性別 男 女
生年月日	S H	年 月 日	年齢 歳 月
住所	〒	—	
電話番号	—	—	
帰省先の住所	〒	—	
帰省先の電話番号	—	—	

本日の症状についてお書きください

体温 °C 体重 kg

- ・いつからどのような症状がありますか
(例 5日前から鼻汁があり、3日前から咳があり、昨夜から38°Cくらいの熱がある。)
- ・使用中の薬があれば教えてください
- ・薬や食物のアレルギーがあれば教えてください
- ・今までに大きな病気をされていたら教えてください

本日の状態について下記に○をおつけください

咳	強い	少しある	ない	不明	機嫌	悪い	やや悪い	普通	不明
鼻汁	強い	少しある	ない	不明	飲水	しない	少し可	普通	不明
鼻閉	強い	少しある	ない	不明	食欲	ない	ややない	普通	不明
下痢	強い	少しある	ない	不明	排便	本日あり	()	日前にあり	不明
嘔吐	強い	少しある	ない	不明	腹痛	強い	少しある	ない	不明