

● 発疹(ぶつぶつ)や、感染する病気の可能性がある方は、スタッフへお申し出ください ●

ふりがな

お 名 前 _____ 男 ・ 女 _____ ID: _____

ご 住 所 _____

TEL① _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳 _____ ヶ月)

TEL② _____ 現在の体温 _____ °C 体重 _____ kg

1. 今日、いつからのどのような症状でこられましたか？

- 発 熱 _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から 最高 _____ °C
- 咳 _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- 鼻 水 _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- ゼーゼー _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- 嘔 吐 _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から _____ 回
- 下 痢 _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から _____ 回
- 腹 痛 _____ 月 _____ 日 (朝 ・ 昼 ・ 夜) から
- ぶつぶつ(発疹) _____ ぐったりしている
- かさかさ・ジクジク(湿疹) _____ 息が苦しそう
- 耳の下の腫れ
- その他 (_____)

2. その症状で他の病院を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

どのように診断されましたか？ (_____)

3. かかりつけ医・よくかかれるクリニックをご記入ください

かかりつけ医/クリニック (_____)

4. 現在、使用している薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

あればすべてご記入ください (飲み薬・坐薬・塗り薬・貼り薬・吸入薬 など)
(_____)

5. お薬について どのようなお薬の形態をご希望ですか？

シロップ 粉薬 錠剤 坐薬

6. 家族・園・学校で流行っている病気はありますか？

(_____)

7. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ (はい ・ いいえ)

あればすべてご記入ください
(_____)

8. 今までにかかれた病気をご記入ください

先天性疾患・熱性けいれん・無熱性けいれん・発達異常・川崎病・(その他: _____)

9. 相談したいことがありましたらご記入ください

(_____)

10. 当院をどこで知りましたか？

インターネット・友人から聞いた・兄弟がかかっている・新聞やチラシなどの広告
矢吹産婦人科に通院している・他院からの紹介・その他 (_____)

