

初診時間診票

記入日 年 月 日

ふりがな					
お名前					男・女
生年月日	年	月	日	年齢	歳 ヶ月
住所 〒	区・市				
電話番号	-	-	(母・父・自宅・その他)		
()保育園・()幼稚園・()小学校 ご自宅 ・その他()					

現在の体温 . °C 体重 Kg



今日はどのような症状で来られましたか？

発熱 ・ せき ・ ゼイゼイ ・ 呼吸が苦しい ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどが痛い
お腹がいたい ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 血便
頭痛 ・ 胸が痛い ・ 食欲がない
湿疹 ・ かぶれ ・ 発疹
その他：



内服中のお薬・ぬっているお薬はありますか？

食べ物や薬のアレルギーはありますか？



大きな病気・入院歴・手術歴はありますか？



ご家族で当院を受診されたことのある方がいましたらご記入ください。

当院は何でお知りになりましたか？ インターネット・人に聞いて・建物を見て・その他 ()
ご記入ありがとうございました。

まつおかこどもクリニック