

受診される方へ

記入日 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	年 月 日
名前	女	(歳 ヶ月)	
		体重	Kg
住所 〒			
電話番号 () -		携帯電話番号 () -	
携帯メールアドレス (さしつかえなかったら)			
家庭環境などについて		お子さんは () 人兄弟の () 番目 現在 () 保育所・幼稚園・学校に通っている	

*特に変更がない方は太枠の中だけでもかまいません。

本日来院された理由は何ですか

症状がある方はどのような症状ですか

発熱 鼻水 咳 のどの痛み 頭痛 嘔気 嘔吐 腹痛 発疹
その他 ()

その症状はいつ頃からですか 年 月 日頃から

症状のために日常生活でとても困っていますか
(例: 眠れない・水分が取れない など・ぐったりしている など)

ご家族で同様の症状の方はおられますか

はい (誰が:) どのような:) いいえ

現在他の病院で治療を受けている病気はありますか

はい (病名:) いいえ

現在何か薬を飲んでいますか

はい () いいえ

※もしくは、お薬手帳をお出しください

薬は上手に飲めますか

はい) いいえ ()

二週間以内に予防接種を受けましたか

はい (いつ: 月 日 何の:) いいえ

その他気になること、聞きたいこと、伝えておきたいことがあればお書きください

*この個人情報は当院の診療以外には使用しません



はら小児科