

フリガナ	
お名前	男 女
ご住所	〒
電話番号	()

来院時体温

_____ °C

生年月日	H · R	年	月	日
		(歳	ヵ月)	
身長	cm	/	体重	kg

該当するものに○をしてください。

- ・ 本日はどうされましたか？

発熱(いつから _____ 頃 / _____ °C)

せき _____ 鼻水 _____ 頭痛 _____

腹痛 _____ 嘔吐(回数 _____ 回) _____ 下痢(回数 _____ 回 / 性状 _____)

皮膚症状(部位 _____) _____ 発疹(部位 _____)

その他の症状 _____

それはいつ頃からですか？ (_____ 頃)

- ・ 周囲で流行している感染症はありますか？ はいと回答された方は○を付けてください。

いいえ _____ はい (コロナ・インフルエンザ・アデノ・胃腸炎・溶連菌・手足口病)

その他 _____

- ・ 今回の症状でほかの病院を受診しましたか？

いいえ _____ はい (病院名 _____)

- ・ 上記受診病院より処方薬、または定期的に内服をしていますか？

いいえ _____ はい (病名 _____) _____ 内服薬



- ・ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ _____ はい (薬 _____) (食べ物 _____)

- ・ ご希望がありましたらいずれかに○をお願いします。

お薬は (_____ 粉薬 _____ ・ シロップ _____ ・ 錠剤 _____) を希望します。