

はじめて来院されたお子さまへ

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

患者ID _____

平成 年 月 日

| | | | | | | |
|------|---|--------|-------|---|---|----|
| ふりがな | | 男 女 | 大・昭・平 | 年 | 月 | 日生 |
| お名前 | 様 | | | | | |
| ご住所 | 〒 | 自宅電話 | | | | |
| | | 携帯電話 | | | | |

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ 度

1.本日はどのような症状で来院されましたか？

外科的な痛み：部位 ⇒ 頭部 頸部 肩 胸部 背部 腹部 腰部 臀部
大腿部 膝関節 足 腕（上腕・前腕）手 その他（ ）

発熱（最高: _____℃ 現在 _____℃） 頭痛 のどが痛い せき たん 鼻水 鼻づまり
腹痛 吐き気 嘔吐（ _____回） 下痢（ _____回） 予防接種
その他（ ）
いつ頃からですか？（ ）
一番つらい症状は何ですか？（ ）

2.お薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか？

いいえ はい <薬剤名> <食品名>

3.今までに入院や手術を受けたことがありますか？

いいえ はい <病名> <病院名>

4.現在、飲んでいるお薬はありますか？

いいえ はい <薬剤名> <病院名>

5.お薬の希望はございますか？

いいえ はい（ シロップ 粉薬 錠剤 ）

6.現在の体重は何kgですか？

_____ kg

7.当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 広告 インターネット ご紹介 その他（ ）

ご記入ありがとうございました。ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

はやたクリニック