

初めての方へ（あてはまるものに○をつけてください）

記入日 平成 年 月 日

ふりがな

お名前() 生年月日 平成 年 月 日(才 ヶ月)

性別 (男 ・ 女)

住所 〒 _____ 電話(固定) _____

電話(携帯) _____

体温 ()度 体重 ()kg

1. 今日はどうされましたか？

- a 発熱 b 咳 c 鼻水 d ゼーゼー e 嘔吐 f 下痢 g 腹痛 h 湿疹
i その他()

心配な点を具体的にお書き下さい。

()

2. 既往歴

()

3. 薬やワクチンで副作用がでたことがありますか？

- a なし b あり (薬の名前)

4. どんな薬がのめますか？

- a 水薬 b こな薬 c 錠剤 d カプセル

5. どの解熱剤をご希望されますか？

- a 座薬 b 錠剤 c こな薬

6. 家族構成

父(才) 第一子(男・女)(才)

母(才) 第二子(男・女)(才)

第三子(男・女)(才)

第四子(男・女)(才)

・上記の内容は診療の目的以外では使用しません

