

# 初めて受診される患者様へ

年 月 日

※診療の参考にしますので、1～6の項目にご記入下さい。

・15歳以下の方は必ず  
体重を記入して下さい。

フリガナ

・現在通園中ですか？ 保育園・幼稚園・いいえ

氏名

男・女 才 か月 体重 kg

住所

電話番号

携帯番号

1. いつから、どのような症状がありますか？ \*発熱は？ ( 度 分) ・なし

・いつから？

・症状は？

#下記の薬を希望される方は○をつけて下さい

- ・解熱鎮痛剤 (座薬・錠剤・粉末) ・せき止め
- ・胃薬 (胃が弱い) ・整腸剤 (下痢をしやすい)
- ・うがい薬 ・かゆみ止め ・必要なし

2. 当院を受診するまでに他の病院にかかりましたか？ はい ・ いいえ

はいの場合

- ・病院名：
- ・診断名：
- ・治療内容：

3. 現在服用中の薬はありますか？ ある ・ ない

(薬服用中の方で、お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい)

4. 現在治療中、または以前にかかった病気、受けた手術等があればくわしく記入して下さい。

ある ・ ない

ある場合

- 高血圧 糖尿病 心疾患 肝疾患 腎疾患 胃潰瘍
- 緑内障 前立腺肥大 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 喘息
- 熱性けいれん・てんかん 脳梗塞 その他

5. いままで薬をのんで、体に異常がでたことがありますか？ ある ・ ない

ある場合

- ・薬の名前：
- ・どのような症状がでましたか？

6. あなたのご両親、ご兄弟にアレルギー性疾患(鼻炎、花粉症、アトピー、喘息など)をお持ちの方がいらっしゃいますか？

いる (・誰が何の病気ですか？)

いない