

住所・氏名等

ご本人 に ついて	ご住所	〒 _____		
	ふりがな			
	お名前			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 (歳 ヶ月)
	性別	男 ・ 女	体重	k g (ご不明の場合は測ります)
	電話番号	_____		
	当クリニック をお知りにな ったきっかけ	1. 近所だったから 2. 看板を見て(駅の看板 ・ 電柱看板) 3. 家族が通っているから 4. ご紹介 5. ホームページ 6. その他のWebサイト(サイト名: _____) 7. その他(_____)		

これまでに かかった病気	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (_____) 回/最後は (_____ 年 _____ 月頃) <input type="checkbox"/> その他(具体的に... _____)
ご本人の アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬・薬液(具体的に... _____)
	<input type="checkbox"/> 食物(具体的に... _____)
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に... _____)
	<input type="checkbox"/> 該当なし
ご家族の アレルギー や病歴	<input type="checkbox"/> アレルギー(どなた _____) 具体的に...
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎(どなた _____)
	<input type="checkbox"/> 喘息(どなた _____)
	<input type="checkbox"/> その他の病気(どなた _____) 具体的に...
	<input type="checkbox"/> 該当なし

ご希望のお薬の種類 (○で囲んでください)

錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 坐薬 ・ どれでもよい

症 状	いつから	どんな様子・程度
<input type="checkbox"/> 発熱	_____ 日前~	_____ °C
今のお熱 _____ °C		解熱剤の最終使用時間 _____ 時 _____ 分
<input type="checkbox"/> 頭痛	_____ 日前~	
<input type="checkbox"/> 咳	_____ 日前~	
<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	_____ 日前~	
<input type="checkbox"/> のどが痛い	_____ 日前~	
<input type="checkbox"/> 口唇・口内痛	_____ 日前~	
目の 症状	<input type="checkbox"/> 目やに	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 目の痒み	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 充血	_____ 日前~
おなか の 症状	<input type="checkbox"/> 下痢	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 血便	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 腹痛	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 便秘	最終便 _____ 日前
皮膚の 症状	<input type="checkbox"/> 発疹	_____ 日前~
	<input type="checkbox"/> 皮膚の乾燥	_____ 日前~
その他		

◎水痘・おたふくかぜの疑いがある方は受付にお申し出ください

他院のお薬を服用されている方は、お薬手帳も一緒に受付へお渡し下さい