

フリガナ		生年 月日	平成・令和 年 月 日 ( 才 ヶ月)	体重 kg	体温 ℃
お名前	男・女				

以下は必ずご記入ください。

1か月以内の渡航歴	あり ・ なし いつ頃から ( ) 渡航期間 ( )	渡航先	国 :
-----------	----------------------------------	-----	-----

①今日はどのような症状でのご受診ですか？

- 発熱 ( °C)     鼻水     咳     のどの痛み     嘔吐     腹痛  
発疹・湿疹     アレルギーの相談     園や学校への提出書類依頼/治癒証明発行  
その他  
 ( )

②その症状はいつからありますか？

- 今朝から     昨日から     \_\_\_\_\_日前から     その他

③その症状に関して他の医療機関への受診はされていますか？

- している  
 (医療機関名 : )  
していない

④現在内服中の薬はありますか？

- ある  
 (薬品名 : )  
ない

⑤薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- ある  
 ( )  
ない  
分からない

⑥希望する薬のタイプはありますか？

- シロップ     粉     錠剤     坐剤(解熱剤)     希望なし

⑦内服の場合1日の内服回数の希望はありますか？

- ある ( 1日3回     1日2回 )  
ない

⑧医師に伝えておきたい事、聞きたい事があればご自由にご記入ください。

※当院が初めての方、住所・電話番号に変更がある方はご記入ください。

住 所	〒 _____	電話番号( ) _____
-----	---------	---------------