

受診申し込み票

ふりがな

お名前

年 月 日

生年月日

年 月 日

性別 男・女

●本日はどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に✓をつけて下さい。

- 発熱 月 日 時頃から 最高 °C
- 咳 月 日 時頃から
- 鼻水 月 日 時頃から
- 痛み 月 日 時頃から のど おなか その他 ()
- 吐く 月 日 時頃から 1日に 回くらい
- 下痢 月 日 時頃から 1日に 回くらい
- 発疹 月 日 時頃から 発疹の出たところ ()
- その他

[]

- 現在、他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ
- 現在、薬を処方されていますか？ はい いいえ

- 今までに病気で入院されたことはありますか？ はい いいえ
→「はい」を選んだ方へ：（病院： 診断名： ）

- いままでアレルギーと言われたことはありますか？ はい いいえ
→「はい」を選んだ方へ：アレルギーと言われた食品・薬品名をお聞かせ下さい

[]

- ひきつけ・けいれんを起こしたことはありますか？ はい いいえ
→「はい」を選んだ方へ： 歳頃から 回 使用している薬 ()

※受付後、看護師が改めて予診をとりに参ります。

お持ちいただくもの

保険証・乳児医療証・母子手帳・おくすり手帳