

内科・小児科・外科

令和 年 月 日

お名前	ふりがな	男・女	生年月日	年齢
			(大・昭・平・令) 年 月 日	歳
住所	〒()			
電話	() -	緊急 連絡先	携帯	-

体温 (度 分)

体重 (kg)

小児科受診の方は必ず体重をご記入ください。

※次のことにお答えください。(○で囲んでください。)

内科 小児科	発熱 咳 息苦しい ぜいぜいいう のどが痛い むかむかする 吐く(回)
	鼻汁 下痢(回) 腹痛 頭痛 胸痛 胸がしめつけられる 動悸がする
	けいれん 元気がない 機嫌が悪い その他 ()
外科	今どんな症状がありますか？ また、どうされましたか？

1 上記の症状がでたのは、いつからですか？ 又は、けがをされたのはいつですか？

月 日 午前・午後 時 分

2 今の病気やけがで、他の病院にかかりましたか？

・はい(病院)

・いいえ

3 現在服用中の薬がありますか？「はい」と答えた方は、薬の名前を記入するか、もしくは薬の説明書を提出(添付)してください。

・はい()

・いいえ

4 薬や注射、食べ物で、アレルギーがありますか？

・はい()

・いいえ

5 今までにかかった主な病気がありますか？

・特にない ・ある()

6 女性の方のみお答えください。

①妊娠されていますか？ ・いいえ ・はい(週)or (出産予定日 /)

②授乳中ですか？ ・いいえ ・はい()

7 ここ10日間以内に感染症の方との接触がありましたか？

・はい(誰と: いつ:)

・いいえ

受付時間(※受付担当者記入欄)

時 分

*スタッフ記入用

【 保険証(又は資格者証)・現物給付受給者証・後期高齢者負担割合証・一般・生保 】 返却チェック()



※お薬の処方があった場合

①お薬はどれがいいですか？

みず薬・こな薬・錠剤・いらない

②解熱剤はどれがいいですか？

坐薬・こな薬・錠剤・いらない