

フリガナ		〒(-)	
氏名		住所：	
男・女			
生年月日		電話番号：	
平成・令和			
年 月 日 (歳 ヶ月)		緊急連絡先：〔続柄： 〕	
体重	身長		
kg	cm		

来院時体温 °C

【現在の症状について】

- 発熱 咳 のどの痛み 鼻水
下痢 嘔吐 湿疹 頭痛
その他 ()

【その症状はいつからですか】

【薬・食物のアレルギーはありますか】

- はい 薬剤・食物 () 症状 ()
いいえ

【今まで罹ったことのある病気はありますか】

- はい 心臓病 腎臓病 喘息 ひきつけ 川崎病
その他 ()
いいえ

【現在、治療中の病気はありますか】

- はい
 病院名 () 病名 ()
 薬 ()

※お薬手帳をお持ちであれば受付に提出してください

【今までに受けた予防接種に☑を付けて下さい】

- 小児肺炎球菌 ヒブ 四種混合 タウウイルス
B型肝炎 MR 日本脳炎 水痘
おたふく 子宮頸がん

【出生時の様子で異常はありましたか】

- はい ※診察時に医師に説明して下さい。
いいえ

※ 当院では、患者さんの個人情報の取り扱いに、万全の体制で取り組んでいます。
 ※ 診療費の請求業務のため、健康保険証の北-をとらせていただくことをご了承ください。
 ※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。