


# 初診時間診票

※初めて受診される方はご記入をお願いいたします。

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	( 男 ・ 女 )
生年月日	年 月 日 ( 才 ヶ月)
ご住所 〒	TEL ( ) 携帯電話 ( )
ご家族で当院を受診されたことのある方がいましたらご記入ください。	

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg


 主な症状は何ですか？ (○をつけてください)


発熱      せき      ゼエゼエ・ヒューヒューしている      鼻水      鼻づまり  
のどが痛い      呼吸が苦しい      おなかが痛い      吐き気      おう吐      下痢  
便秘      頭痛      胸が痛い      湿疹・発疹      かぶれ


耳の症状 ( )

眼の症状 ( )

その他、気になる症状がありましたらご記入ください。  
( )

 今現在飲んでいる、塗っている薬はありますか？  
( )

 身体にあわない薬はありますか？ (例：発疹、下痢など)  
( )

 流行状況をふまえて診察を行うため、  
差し障りがなければ保育園、幼稚園、学校名をご記入ください。  
( )