

初来院時間診表

ふりがな	性別	体重	
氏名	男		
	女		
生年月日	S・H	年 月 日	歳(ヶ月)
郵便番号	〒	—	
住所			
電話番号	(— —) 別:連絡先

1. 今日はどのようなことで来院されましたか？

- ①
- ②

2. いつからですか？

3. どんな症状がありますか？

- ①熱はありますか？（はい、____日まえから、最高____度、 いいえ）
熱さましは使用しましたか？（はい、 いいえ）
- ②咳はありますか？（はい、____日まえから、コンコン、ゴホゴホ、ケンケン、ゼーゼー、 いいえ）
- ③下痢はありますか？（はい、 ____日まえから、1日 ____ぐらい、 いいえ）
- ④吐いていますか？（はい、 ____日まえから、1日 ____ぐらい、 いいえ）
- ⑤その他の症状がありましたらお書きください。
(_____)

4. 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？

(いいえ、 はい(_____ 病院・医院)
内服中の薬があれば記入してください。

5. 薬、その他のアレルギーはありますか？（はい、 いいえ）

はい、の方は具体的に何のアレルギーかを記入下さい。

毎日飲んでいる、あるいは使用している軟膏類はありますか？

(薬剤名 _____)

お薬手帳のある方は受付に出して下さい。

6. 通っているのは？

_____ 保育園、幼稚園、小学校、中学校

※御質問

当医院をどのようにしてお知りになりましたか？（○を付けて下さい）

知人より聞いた(_____) 電柱・看板 タウンページ インターネット 通りがかり

他の医療施設よりの紹介(_____) その他(_____)