

# 初来院時間診表

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

## 1. 今日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( \_\_\_\_\_ )