

はじめての方はご記入ください

フリガナ		性別
お名前		男 ・ 女
生年月日	S H R 年 月 日	生まれ
住所	〒	
電話番号	母 ・ 父 ・ ( )	

◎今までにかかったことのある病気

・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・突発性発疹 ・ひきつけ ・百日咳 ・その他( )

◎今までに入院したことのある病気

( )

◎アレルギーはありますか？

薬 ・ない ・ある( )

食べ物 ・ない ・ある( )

◎薬の剤形の希望はありますか？

飲み薬 ・なんでも ・水薬(シロップ) ・粉薬 ・錠剤 ・カプセル

熱さまし ・なんでも ・水薬(シロップ) ・粉薬 ・錠剤 ・カプセル ・坐薬

体重	現在の体温
kg	°C

◎今日はどうされましたか？

・発熱 ・咳 ・鼻汁 ・鼻づまり ・喉痛 ・吐気 ・嘔吐 ・下痢 ・頭痛 ・腹痛

・発疹 ・湿疹 ・精密検査 ・予防接種 ・健診 ・血液型

・その他( )