

ふりがな _____

お名前 _____ 性別 男・女

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所 〒 _____ - _____

通っている園・学校 _____

お電話番号 ご自宅 _____ 携帯電話 _____

体重 _____ kg 来院時体温 _____ °C

- ・熱性けいれんを起こしたことはありますか? はい・いいえ
- ・お薬や注射で具合が悪くなったことはありますか? はい・いいえ

☆症状があるものにチェックを入れ、いつからか○で囲んで下さい。

- 発熱 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から一番高くて _____ °C 解熱剤の希望 (不要・坐薬・飲み薬)
- 咳 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- 鼻水 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- のどの痛み (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- 頭痛 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- 腹痛 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- 嘔吐 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- 下痢 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) から
- 皮膚の異常 (今日・昨日・一昨日・ _____ 日前) の (朝・昼・夕・夜) からどこが、どう? _____
- その他 _____

☆水分は取れていますか? 取れている・少し取れている・取れていない

☆周囲で流行している (していた) 病気はありますか? _____

☆現在飲んでいる薬はありますか?

無・当院処方・他院処方 (お薬手帳をご提示下さい) ・市販薬 (_____)

☆飲み薬のご希望の形状は? 粉薬 ・ 錠剤 ・ シロップ

受付でお会計を希望される場合は診察後、白くまカードを受付に出して下さい
お部屋会計希望の方はそのままお部屋でお待ちください
(インフルエンザ、水ぼうそう、おたふくにかかられた方はお部屋でお会計になります)

☆インターネット予約サイト (e-net 診察予約) のご利用登録は希望されますか? はい・いいえ

☆医療費明細書 (診療内容が掲載されています) の発行は希望しますか? 希望する・希望しない

☆お手数ですがアンケートにご協力下さい。

<当院を何でお知りになりましたか?>

ホームページを見て・お知り合いのご紹介・ご自宅が近い・通り道・広告を見て (雑誌・看板)

インターネットの口コミを見て・その他 (_____)