

令和 年 月 日

ふりがな	
患者氏名	
男 女	
生年月日	平成 / 令和 年 月 日 ( 才)
自宅住所 〒	
TEL ( )	
緊急連絡先 Tel ( )	
自宅・携帯・会社( )・その他( )	
※こちらはお子さんが一人で来院された時のご連絡先とし、他連絡等には使用致しません	
身長	cm 体重 kg
※本日はどうされましたか？あてはまるところに○をして下さい。	
耳 (右・左・両方)が・・・痛い・かゆい・聞こえにくい・耳掃除	
鼻 (右・左・両方)が・・・つまる・鼻水が出る・くしゃみ	
のどが・・・・・・・・・・痛い・違和感がある・せきが出る	
熱がある( 度)	
その他( )	
※いつからですか？ _____ から	
※以下の質問にお答えください。	
・現在内服されているお薬はありますか？(他院での処方薬・市販薬など)	
いいえ / はい :薬の名前 ( )	
おくすり手帳など内容のわかるものがありましたら受付にお出し下さい	
・希望のお薬の形状( 錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ )	
・食物・薬・注射アレルギーはありますか？	
いいえ / はい (卵・牛乳・その他食物・薬剤名 )	
・縫合・小切開・胃内視鏡検査・歯科治療などで使用する局所麻酔薬・痛みの伴う治療・検査で体調が悪くなったこと(吐気・めまい・ふらつき・失神など)はありますか？ いいえ /はい	
既往歴・過去の手術歴・その他診察時に気をつけることなど具体的に	
※診察内容に関わる場合がございますので、必ずご記入をお願い致します。	
☆熱性痙攣既往(十・一)	
※ 感染症(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HTLV1・HIV・その他)	
☆下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？	
気管支ぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー	
こちらのクリニックを何で知られましたか	
<input type="checkbox"/> 駅構内看板 <input type="checkbox"/> 電柱看板 <input type="checkbox"/> クリニック看板 <input type="checkbox"/> バス音声 <input type="checkbox"/> 駅前地図 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族がかかっている <input type="checkbox"/> 役所・保健所からの紹介 <input type="checkbox"/> グーグル <input type="checkbox"/> ヤフー <input type="checkbox"/> 病院検索サイト <input type="checkbox"/> ひまわり(東京都医療機関案内サービス) <input type="checkbox"/> その他の検索サイト <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> その他( )	