

フリガナ	記載日		年	月	日
氏名	年齢	歳	か	月	男・女
	昭和・平成・令和		年	月	日 生まれ
住所（〒 - ）			身長	cm	
			体重	kg	
電話番号（自宅・携帯）			（分かっていたら記載して下さい）		

1. 本日受診の理由（複数回答可。□に✓を入れてください。）

- 発熱（最高 ℃） 発疹 嘔吐 下痢
咳 鼻水 頭痛 腹痛 その他（ ）

2. 1. の症状はいつからありますか。（○日前、○月○日、今日の○時、のように記載して下さい）
（ ）

3. 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか。

- はい いいえ



具体的に記載してください。（何歳の時、薬または食べ物の名前、症状）

- 薬 （ ）
食べ物 （ ）

4. 現在治療中の病気、または今までに治療を受けた病気はありますか。

- はい いいえ



具体的に記載してください。（病名、何歳発症か、現在の治療・薬）

- 病名 （ ）
治療期間 歳 か月 ～ 歳 か月 （または 治療中）
治療・内服薬 （ ）

5. 家族や親戚で、生まれながらの病気や治療中の病気がある方がいますか。

- はい いいえ



具体的に記載してください。（誰が、なんという病名か）

- （ ）

6. 最近1か月以内に、本人または家族が海外に行ったことはありますか。

- はい いいえ



具体的に記載してください。（誰が、いつからいつまで、どこの国に行ったか）

- （ ）