

受付カード

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 年齢 才 男・女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生、続柄 ()

住所

TEL ()

体温 (現在) _____ °C 体重 (15才以下) _____ kg

この冬のインフルエンザ予防接種 した ・ しない

本日はどうして来院しましたか？

症状 発熱 頭痛 のどの痛み 鼻みず 耳の痛み 鼻出血 せき たん 喘鳴 (のど、むねのゼーゼー)
息苦しい 胸のいたみ 動悸 (むねのどきどき) 吐き気 (むかむか) 嘔吐 腹痛 下痢 腰痛 発疹

その他の症状は記入してください。

[

]

いつからですか？

いままでの病気、現在の病気について教えてください。

今までに飲み薬、塗り薬、注射等で具合が悪くなった事がありますか？

ある (薬品名 他 _____) ・ ない

ぜんそく、じんましん、しっしん、その他のアレルギーはありますか？

ある (その病名は: _____) ・ ない

今までに、大きな病気にかかったことがありますか？

ある (病名は: _____) ・ ない

現在、他の病気の治療中ですか？

ある (病名は: _____) ・ ない

現在、お薬を服用していますか？

ある (薬品名: _____) ・ ない

女性の方：現在、妊娠中ですか？ はい (妊娠 _____ ケ月) ・ いいえ ・ 不明

：授乳中ですか？ はい (母乳/人工乳/混合/離乳食開始) ・ いいえ

備考

既往症

けいれん (_____ 回：熱性けいれん _____ 回)、ぜんそく

感染症 (突発性発疹、風疹、はしか、みずぼうそう、おたふくかぜ、その他: _____)

その他

* ご来所の利用交通機関に○印をお願いします。

1・自家用車 2・救急車 3・タクシー 4・その他