

# スペードキッズクリニック

来院年月日 令和 年 月 日

ご記入いただいた情報は大切に管理し、  
診療行為のみに使用します。

♠ 1. 2. 3. 4 ♡ 1	診察券No.
------------------	--------

フリガナ		男	生年	昭和・平成・令和	体重	k g	
お名前		・	月日	年 月 日	平熱	°C	
			年齢	歳 カ月	来院時	°C	
ご住所	〒					電話番号	( )
						携帯番号	( )

♠ 今日はどうされましたか？

発熱 月 日～ (最高 °C、現在 °C)       味覚・嗅覚の異常 (有・無)  
 のどの痛み 月 日～       頭痛 月 日～       鼻水 月 日～  
 咳 月 日～       喘息発作 月 日～       腹痛 月 日～       下痢 月 日～  
 便秘 月 日～       吐き気 月 日～       嘔吐 月 日～  
 皮膚 月 日～ (発疹・かゆみ・乾燥)       花粉症       ワクチンの相談  
 その他 { }

※発熱されている方は裏面のご記入もお願いいたします※

♠ 今までに大きな病気にかかったことや、現在他院で治療中の病気、処方等がありますか？  
 なし       あり → ( )

♠ アレルギーはありますか？  
 なし       あり → 喘息・アトピー・アレルギー性鼻炎・花粉症  
 食物 ( ) 薬・注射 ( )

♠ 今までかかったことのある病気を○で囲んでください  
 突発性発疹・水痘・おたふく・麻疹・風疹・百日咳・RSウイルス感染症

♠ 現在所属するところがございましたら○をつけてください  
 ( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・大学 / 職場  
 また、そこで流行している感染症があればご記入ください。( )

♠ ご自宅に同じ症状の方はいらっしゃいますか？      いいえ・はい ( )

♠ ご自宅に喫煙されている方はいらっしゃいますか？      いいえ・はい ( )

♠ ご自宅でペットを飼育されていますか？      いいえ・はい ( )


♠ 最近外国に行かれましたか？また外国に行っていた方との接触はございますか？      いいえ・はい

♠ その他、伝えておきたいことがあればご記入ください。  
 ( )

🍬 お薬の希望 🍬

種類：粉・錠剤(又はカプセル)  
 回数：1日2回(30kg未満の方のみ)  
 1日3回・どちらでも

**母子手帳をお持ちの方は  
お出してください**



♠ 当院をお知りになったきっかけを教えてください

- 家族が受診している       通り道       他院からの紹介       知り合いからの紹介       ちらし・看板  
 当院ホームページ       ネット情報       タウン情報誌       その他 ( )