

スピ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

🍬 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
 **お出しください**

* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

♠ 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 ()