

はじめまして、すず木こどもクリニックです

(ふりがな)

・お名前 _____ (男・女) ・体重 (_____) kg

・生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

・ご家族について

お母さん _____ 歳、 お父さん _____ 歳

ご兄弟 (例: 3 歳 姉) _____ 歳 _____ 、 _____ 歳 _____ 、 _____ 歳 _____

都 道 _____ 市 区 _____

・住所 _____ 府 県 _____ 町 村 _____

・電話番号 ① (_____) - (_____) - (_____) 続柄 (_____)

② (_____) - (_____) - (_____) 続柄 (_____)

・現在の保育園、幼稚園または学校名 _____

・本日はどうなさいましたか。当てはまる症状に○を付けてください。

発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 発疹 ・ 予防接種希望

その他 (_____)

・いつ頃からあるか具体的に教えてください。

(例: 昨日夕方 6 時ごろから 39 度の発熱と咳)

・先生に相談したいことがあったら記入してください。

・薬や食べ物でアレルギーがあれば教えてください。

* 食物アレルギーのご相談は別途ご記入いただきたい書類がございますので受付にお申し出ください。

・今まで大きな病気をしたことがあれば教えてください。

_____ 歳 病名 _____

_____ 歳 病名 _____

_____ 歳 病名 _____

・現在、飲んでいる薬はありますか。

(はい、いいえ)



医療者が 記入します	体温:	酸素飽和度:	脈拍:
---------------	-----	--------	-----