

はじめて来院された方にお聞きしたいこと

ふりがな _____ 年 月 日
受診される方のお名前 _____ 様 男・女 _____

住所 _____ 携帯番号 _____
帰省中の住所 _____ 電話番号 _____

本日はどのような症状で来院されましたか

- 発熱 _____ いつから _____
- 咳 _____
- 鼻水 _____
- 下痢 _____
- 嘔吐 _____
- 発疹 _____
- 耳下腺の腫れ _____
- その他 _____

ご兄弟はいらっしゃいますか

- はい (受診歴がある場合はお名前をご記入ください)
続柄・ _____ お名前 _____

集団生活はしていますか

- はい _____ 保育所 _____ 幼稚園 _____ 小学校 _____

いままで大きな病気をしたことがありますか

- はい 病名・いつ頃 _____

ひきつけ(熱性けいれん)を起こしたことはありますか

- はい _____ 歳頃から _____ 回 最終 _____

薬を飲んで発疹が出たことはありますか

- はい 薬の名前 _____

食べ物のアレルギーはありますか

- はい 卵 ・ 牛乳 ・ 乳製品 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ そば ・ えび ・ かに
その他 _____

他院で処方されたお薬を飲んでいますか

- はい かかりつけ医 _____

参考までにお聞かせください・当院を何でお知りになりましたか

- ホームページ Facebook インスタグラム
- 兄弟 ・ 両親 ・ 祖父母 ・ いたこが受診したことがある
- 紹介 ・ 紹介して下さった方のお名前 _____
- 県の甲状腺で来院
- その他・具体的に記載をお願い致します _____

院長の活動を知っていますか?

- 講演会に参加したことがある ペップキッズ
- その他 _____