

ふりがな

お名前 () 男・女 年齢 (歳 ヶ月)

本日の付き添い：母・父・祖母・祖父 左記以外の方(続柄 氏名)

(保育・幼稚・こども・託児)園(組) (小・中・高等)学校(年 組)

来院時体温： °C

★該当するものに○をつけて下さい。

定期診察・症状経過(病名)

発熱 月 日 時より °C

咳 鼻水 腹痛 頭痛 のどの痛み
下痢 嘔吐 発疹(部位：) その他()

その症状はいつ頃からですか

機嫌(良い・まあまあ・悪い)

食欲：いつもの(100% 70% 50% 30% 0%)

水分：いつもの(100% 70% 50% 30% 0%)

★薬の希望(粉・シロップ・錠) ★解熱剤(必要【粉・座薬・錠】・不要)

★他の病院で処方されて飲んでいるお薬がありますか?(ある・なし)

◎当院で予防接種・乳児健診の予約はありますか?

予防接種 月 日 3・7か月健診 月 日

※ 待ち時間短縮のため、処方箋のFAXを希望される方は○をつけて下さい。

・熊本調剤薬局セイラ店(当院隣) ・他の調剤薬局(薬局名：)

スタッフ記入欄 身長： cm/ 体重： kg (服込・オムツ・パンツ・下着・裸)

Table with 4 columns: SpO2, PF, 【処置・検査】, 【処方】. Rows include symptoms like 'SpO2', 'PF', 'throat', 'lungs', 'abdomen', 'drum membrane', 'neck', 'skin', 'limbs', and treatments like 'Aspirin', 'Mefenamic acid', 'Gegenin', 'Shakuyaku', 'Propranolol', 'Lidocaine', 'Dexamethasone', 'Betamethasone', 'Propranolol', 'Amoxicillin', 'Diphenhydramine'.

ふりがな

氏名 () (男・女)

生年月日 年 月 日 (第 子)

現住所 〒 -

☑携帯 (- -) 母・父・他続柄()

自宅 (- -)

お分かりの範囲でご記入下さい。不明な点は空欄でかまいません。

(1) いままでかかったことがある病気に○をつけて下さい。

突発性発疹症・麻しん・風疹・水痘・おたふく風邪・りんご病・川崎病
熱性けいれん・じんましん・喘息性気管支炎・その他()

(2) 大きな病気や慢性的な病気で通院・治療中ですか？

いいえ・はい ()

(3) 食べ物やお薬などにアレルギーがありますか？

いいえ・はい ()

(4) よろしければ当院を受診したきっかけを教えてください。

知人・友人からの紹介 (お名前)

他院からの紹介 (病院名)

兄弟・姉妹が当院に通院している

家が近所・ホームページを見て・看板・動画広告・旧みうら小児科から・その他

(5) 予防接種のスケジュールリングを希望されますか？ (はい・いいえ)

※当院での予防接種を希望される方へ『計画づくり』をお手伝いしています。

裏面のご記入もお願いします。