

はじめて来院された方へ

来院日：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。

さくら小児科・内科クリニック

フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年 月 日			年齢
お名前		大正・昭和 平成・令和	年	月	日	歳 か月
ご住所 〒		電話番号	携帯番号			
本日測った体温		℃				
アレルギー：食べ物( ) 薬( ) その他( )						

(1) 受診したい内容を具体的に記入下さい(例：○月×日夕方より発熱、最高△度。痰がらみの咳・黄色の鼻水)

(2) ご自宅に同じ症状の方はいらっしゃいますか？ なし・あり( )

(3) ご自宅に喫煙されている方はいらっしゃいますか？ なし・あり( )

(4) ご自宅にペット飼育されていらっしゃいますか？ なし・あり( )

(5) 今飲んでいるお薬はありますか？ なし・あり( )

(6) 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？ なし・あり

(7) 女性の方のみ 現在妊娠中ですか？ はい・いいえ

(8) 医療費明細書は必要ですか？ 希望する・希望しない

※ 当院を何でお知りになりましたか？ レ点をお付けください

家族が受診している  インターネット  通り道  他院からの紹介

知り合いからの紹介  ちらし・看板  タウンページ  その他