

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 お名前	男 ・ 女	生年月日 大正・昭和 平成・令和	年 月 日	年齢 歳 か月
ご住所 〒		電話番号 携帯番号		
本日測った体温 °C				
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ご記入下さい(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

(9) 新型コロナワクチン接種はお済みですか？ 済・未 (最終接種 回目 年 月)
ワクチンメーカーをご記入ください ()

※ 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