

受診される方はご記入ください

フリガナ
お名前

生年月日（ 昭和 平成 ） 年 月 日 性別（ 男 女 ）

★ 今日はどのような症状で受診されましたか？

該当するものを○で囲んでください。

発熱 咳がでる 鼻水がでる 鼻づまり ゼーゼー・ヒューヒュー お腹が痛い
食欲がない 吐く・吐き気 下痢 発疹 水疱 耳の下が腫れている
のどが痛い 耳が痛い 頭が痛い おたふく・水ぼうそう・ようれん菌・プール熱などの子供と

接触

その他（ ）

定期受診

乳児健診

★ 体重はどれくらいですか？（ ） k g

★ ご希望の剤型があれば○でかこんでください。

錠剤 カプセル 粉薬 シロップ
その他（ ）

★ 本日の体温（ ）度

★ 解熱剤を希望される方は○でかこんでください。

坐剤 錠剤 粉薬

当院は予約制をとっております。予約の方が優先になりますので、ご了承ください。

息苦しい、ぐったりしている、顔色が悪いなどの理由で診察を急ぐ必要のある方は、

このカードを出すとき、その旨を申し出てください。