

ID

MMわんぱくこどもクリニック

フリガナ					
お名前					
生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	年齢
住所	〒				
連絡のとれる電話番号					
記入者				受診者との関係	

今日はどうされましたか？

今日の体温	℃	体重	kg			
せき	鼻水	下痢	嘔吐	皮膚	熱	熱はいつからですか？ 日前から
その他・症状						
からだにぶつぶつはありますか？			部位：			

現在飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳がある方はご提示ください

お薬の名前：

かかった事のある病気にチェック(レ)をして下さい

突発性発疹 おたふくかぜ みずぼうそう 百日咳 麻しん 風しん

今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことはありますか？

今までの回数 回/ 最終けいれん 歳 ヵ月/ けいれん止め(ある ない)

お薬や食物でじんましん、下痢など具合が悪くなったことはありますか？

原因：

生まれつきの病気や治療中の病気はありますか？

お母様は現在、妊娠中ですか？ (はい いいえ)

※体調のすぐれない場合はスタッフまでお申し出ください

クリニックを何で知りましたか(家族が受診 知人 近所 HP その他:)

会計時、医療費明細書の発行を希望しますか？(希望する ・ 希望しない)