

初診受付カード

年 月 日

住所 〒 (-)	
電話番号	
フリガナ	昭和・平成・令和 年 月 日 生
氏名	(歳 力月) 男 ・ 女

体重	kg
----	----

現在の体温	℃
-------	---

※2 カ月以内に小川町の中村産婦人科を受診したことがありますか。(ある ・ ない)

1) 主な症状は何ですか。

1. 発熱 (℃) 2. 咳 3. 鼻水・くしゃみ 4. 嘔吐 5. 下痢
 6. 吐き気・嘔吐 7. 発疹 8. 検査結果
 9. その他 ()

2) いつごろから上記の症状がありましたか。

3) 今現在、上記症状で何かお薬を飲んでいますか。 はい ・ いいえ

4) 今現在、慢性的な病気などで毎日飲んでいるお薬はありますか。 はい ・ いいえ

病名 : ()

⇒3) 4) で「はい」の方は、お薬手帳をお持ちでしたら、受付に提出をお願いいたします。

5) 今までに、入院するような大きな病気にかかったことがありますか。はい ・ いいえ

病名 : () 時期 : ()

6) 飲めないお薬はありますか (アレルギーなど)。 はい ・ いいえ

薬剤名 : () 理由 : ()

7) その他、アレルギーはありますか。(食品、花粉など) はい ・ いいえ

何のアレルギーですか。()

8) 熱性けいれんを起こしたことがありますか。 はい ・ いいえ

年齢 : (歳の時)

9) まわりで流行っていて、心配な感染症はありますか (インフルエンザ、など)。 はい ・ いいえ

何が ()

10) 使用可能な薬に○印をつけて下さい。 1. シロップ 2. 粉薬 3. 錠剤 4. カプセル 5. 坐薬

11) その他、気になることなどありましたら、何でもご記入ください。