

※太枠内は必ず記載してください。 記入日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日

省略するとカルテ記載が滞り、待ち時間延長の原因となります。

ふりがな	男 ・ 女	歳  ヶ月	〒 (必須) ※郵便番号は省略せず、必ず記載してください	
氏名			住 所	
生年月日 (S・H・R) (S・H・R) 年 月 日			固定電話： 携帯電話：	

※帰省中の方は、次の欄も記入してください

帰省先 住 所	( ) 様方	帰省先電話番号：
------------	--------	----------

来院時体温 ( ) °C	体重 ( ) kg
薬物アレルギー ( 無・有 ) → 具体的に ( )	
その他のアレルギー ( 無・有 ) → 具体的に ( )	
保育園/学校等の集団生活 ( 無・有 ) → 具体的に ( )	
どんな薬を好みますか？ ( 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 坐薬 ・ 薬嫌い )	

※かかりつけ ( )

- 今日、一番気になること・心配なこと(症状)はなんですか？
- それはいつからですか？
- 今、どんな様子ですか？(普段の元気なときと比べて)
  - 機嫌/気分(よい・まあまあ・悪い)      ■食欲(ある・いつもの半分程度・なし)
  - 水分は(とれる・いつもより少ない・全くとれない)      ■最終排尿時刻( ) 時頃
- 本日の診療に、何かご希望はありますか？      例) 薬・検査・注射など
- 現在、他の医療機関で治療中の病気は？  
無・有 ( )