

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 (母 ・ 父 ・ 他) カルテ No. _____

(フリガナ)	性別	生年月日			
氏名：	男 ・ 女	(平成・令和)	年	月	日 歳 ヲ月
住所：〒		携帯番号：	()		
		電話番号：	()		

下記の問いに該当するものに○を、または記入をして下さい。

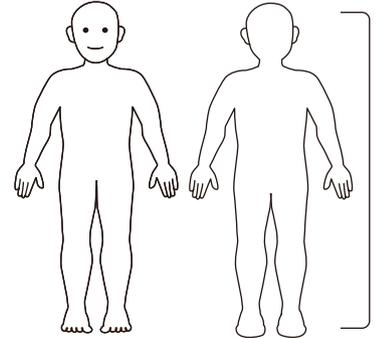
体温 _____℃ 身長 _____cm 体重 _____kg 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校名 _____
_____人きょうだいの 第 _____子

① 今日はどうなことで来院されましたか？

_____月 _____日 時頃より

・発熱(最高 _____℃まで上がった) ・頭痛
・腹痛 ・鼻水 ・鼻づまり ・のどの痛み
・耳が痛い ・咳 ・痰がらみ ・吐き気
・嘔吐 ・下痢 ・便秘 ・目のかゆみ
・おねしょ ()
・その他 ()

・発疹 ・けが
・かゆみ ・痛み
・いぼ ・にきび
具合の悪い部位に
○をつけてください。



② 今までにかかったことのある病気・通院中の病気はありますか？

突発性発疹・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・喘息・気管支炎・じんましん・肺炎・中耳炎・溶連菌感染症
その他 _____

③ 今治療中の病気はありますか？

(いいえ ・ はい 病名 _____)

④ 現在飲んでいる薬はありますか？

(いいえ ・ はい _____)

⑤ 何かしらのアレルギーはありますか？ (はい / いいえ)

【はいの方】 (薬 ・ 食べ物 ・ その他 [_____])

どのような症状がでましたか？ (_____)

⑥ 高熱でけいれんを起こしたことがありますか？ (はい / いいえ) 【はいの方】 いつ _____ヶ月 回数 _____回
_____歳

⑦ 飲む薬の種類に○をつけて下さい。

粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル ・ なんでも飲む

⑧ 検査や処置の希望 (_____)

裏面のご記入もお願いします。

⑨マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ 同意する ・ 同意しない）

⑩当院は何を見て知りましたか？

（ ご家族からの紹介 / 友人・知人からの紹介 / 看板を見て / インターネットを見て
当院のホームページを見て / その他[] ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。