

はじめて来院された方へお聞きしたいこと

ふりがな		生年月日 大・昭・平 年 月 日 (男 ・ 女)				
名前		住所	自宅電話 () — 携帯番号 () —			
年令	歳	ヶ月	体重	Kg	来院時の熱	℃
1. 本日来院された理由は何ですか? (どうされましたか?)						
2. その症状はいつ頃からあります か?						
3. 今回の症状で、以前他の病院を受 診したことがありますか?		ない		ある		
① ② は ある とお答えされた方 のみで結構です。						
①それはいつ頃ですか?						
②そこで頂いた(または現在も服用 している)薬の名前がおわかりでしたら わかる範囲で、できるだけ詳しくお書き ください。もし不明であれば、その内容 だけでも構いません。)						
4. 今までに、お薬を飲んだり、塗ったり または食べ物、飲み物で調子が悪く なった経験はございますか? ある と 答えた方は具体的なお薬、 食べ物をお書きください。		ない		ある		
		具体的なお薬の名前 ()		具体的な食べ物の名前 ()		
5. 今までに、予防接種をした後に調子 が悪くなった経験がございますか? ある とお答えされた方は具体的な予 防接種名をお書きください。		ない		ある		
		具体的な予防接種名 ()				
6. ご家庭の方で喘息・アトピー性皮膚 炎・鼻炎・花粉症など、アレルギーの病 気がある方はいらっしゃいますか?						
7. 最後に何か心配なこと、聞いてお きたいことはございますか?						