

当院の診察券をお持ちの方

水ぼうそう・はしかの疑いがある方は、受付に声をおかけください。 来院時の体温 (°C)

ふりがな お子さんの お名前	男 女	年齢 歳 月	体重 kg
----------------------	------------	---------------	--------------

◎ 以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

<p>1) 今日はどうされましたか？ あてはまるものに、○をつけてください。 発熱・咳・鼻水・耳痛・腹痛・下痢・嘔吐・便秘・皮膚症状・ その他 → ()</p>
<p>2) 現在、他院へ通院中ですか？もしくは使用中のお薬がありますか？ なし□ あり□ →ありの方はお薬手帳を窓口へ提出してください。</p>
<p>3) まわりに同じ症状の方はいますか？ いない□ いる□ → 家族・学校・幼稚園(保育園)・その他</p>
<p>4) 周囲で流行っている病気はありますか？ なし□ あり□ → ()</p>