

ふりがな		性 別	生年月日	年 齢	体 重	体 温
氏 名		男・女	S H . .	歳	kg	℃
住 所	(〒 -)			TEL 携帯		

・いつから・どんな症状がありますか？ (○をつけてください 一番気になる部分は◎をつけてください)

熱 今日から 昨日から 2-3日前から その他 ()

咳 (少し ひどい) ゼイゼイしてる 痰がからむ

鼻水 (少し 多い) 色 (透明 白 黄色) (さらさら ねばねば)

痛み (あたま、のど、みみ、おなか、関節、その他 [])

吐いた (いつ _____ 回数 _____ 回) 下痢した (いつ _____ 回数 _____ 回)

食事 (食べれた 食べれない) 眠れない 元気

肌 (発疹 かさつき かゆみ)

その他

・周囲で流行している病気 (あり・なし)

・アレルギー 無・有 () ・現在治療中の病気 無・有 ()

・その他事前に伝えておきたいこと、希望することを何でもお書きください。

(過去に重い病気、手術があれば教えてください)

吸入	処置	なんこう処置	採血	紹介状
その他 ()				
病名 ()				

