

| 初 診 時 間 診 表   |            | 受診日 H 年 月 日 |  |
|---|------------|-------------|--|
| ふりがな  |            | 体 重         |  |
| お名前   | (男・女 歳)    | Kg          |  |
| ご住所   | 〒 -        |             |  |
| 電話番号  | 生年月日 T S H | 年 月 日       |  |
| ご希望の薬に○を付けて下さい  |            | 粉・シロップ・錠剤   |  |
| <p>本日はどのような症状で来院されましたか？</p> <p>発熱( 度) 咳(湿った・乾いた) 鼻水 鼻づまり のどの痛み 吐き気 嘔吐 下痢<br/>腹痛 頭痛 関節痛 だるさ 食欲低下 目のかゆみ めまい 尿路症状 生活習慣病<br/>皮膚症状(かゆみ・湿疹・発疹・その他:<br/>その他(詳しく:</p> |            |             |  |
| <p>その症状はいつ頃から始まりましたか？</p> <p>本日・昨日・( 日・週・月・年 ) 前</p>  |            |             |  |
| <p>現在、その他のご病気で通院されていますか？</p> <p>していない・している(通院の内容:</p>   |            |             |  |
| <p>現在、お飲みのお薬はありますか？</p> <p>ない・ある(お薬の内容:</p>   |            |             |  |
| <p>今までに大きなご病気をなさったことがありますか？</p> <p>ない・ある(ご病気の時期と内容:</p>   |            |             |  |
| <p>今までに飲み薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？</p> <p>ない 例:ピリン系の解熱鎮痛剤・抗生剤<br/>ある (お薬や注射の内容:</p>  |            |             |  |
| <p>今までにアレルギー体質や特異体質などと言われたことがありますか？</p> <p>ない 例:卵・スギ・ダニ<br/>ある (何に対してですか:</p>   |            |             |  |
| <p>家系的にアレルギーの方はいらっしゃいますか？</p> <p>いない 例:喘息・アトピー・花粉症・じんましん<br/>いる (どなたが何のご病気ですか？</p>  |            |             |  |
| <p>その他、特に付け加えたいことやおたずねになりたいことがありますか？</p>  |            |             |  |
| <p>今回のご来院に際して当院の電柱広告は役立っていますか？</p> <p>全く役立っていない           大変役立っている</p> <p>1 2 3 4 5</p>   |            |             |  |
| <p>当院を、どのようにお知りになりましたか？</p> <p>HP・近隣・知人の紹介・ご家族通院中・予防接種・看板・電柱広告 その他( )</p>   |            |             |  |