<table>
<tr><td>ふりがな</td><td>生年月日</td><td colspan="2">昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td rowspan="2">男
・
女</td><td>年齢</td><td>才</td></tr>
<tr><td>体重</td><td>kg</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">住所　〒</td><td colspan="2">自宅電話　　－　　－</td></tr>
<tr><td colspan="2">携帯電話　　－　　－</td></tr>
</table>

次の質問に〇印で（括弧内は内容を）お答えください。（わかる範囲で結構です）

１．　どんな理由で当院にお越しになりましたか。
　　熱（最高　　℃）、せき、はなみず、下痢、嘔吐、腹痛、頭痛、発疹
　　その他（　　）
　　それはいつ頃からですか？
　　（　　）

２．受診前の熱は何度でしたか？　（　　℃）

３．食欲はどうですか？　　良い、　いつもと同じ、　悪い

４．便はどうですか？　　下痢、　普通、　便秘

５．持病はありますか？　　ない、　ある
　　ある方は、具体的内容をお書きください。
　　（　　）

６．毎日飲んでいる薬がありますか？　　ない、　ある
　　ある方は、薬剤名をお書きください。
　　（　　）

７．アレルギー体質といわれたことはありますか？　　ない、　ある
　　ある方は、病名もしくは具体的内容をお書きください。
　　（　　）

８．薬のアレルギーはありますか？　　ない、　ある
　　ある方は、薬剤名をお書きください。
　　（　　）