受付時情報記録用紙

令和　　年　　月　　日

住　所	〒		
ふりがな 氏　名		平 成 令 和	年　　月　　日生まれ （　　歳）
電話番号		緊急連絡先	

※下記の質問事項にお答えください。

❶.（1）今日は、どこが、どのように具合が悪く来院されましたか？

どこが	どのように具合が悪い	今日の熱
		℃

（2）その症状は、いつごろから始まりましたか？

日前

（3）そのために今までどこかで診察を受けられましたか？

□受けてない　　□受けた

受けたとお答えになった方は、それは、

いつ	どこで（病院名）	診断名は
月　　日ごろ		

❷.今までに何か大きな病気で治療を受けたことがありますか？

□ない　・　□ある　（病名　　）

❸.今までにじんましんや食品、薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？

□ない　・　□ある　（食品名　　薬品名　　）

❹.待合室にてお名前をお呼びしてもかまいませんか？

□はい　・　□いいえ

※診察して、容態が不安定な場合にはお預かりできないこともありますので、ご了承ください。
※容態が変化した場合には、お電話させていただくこともありますので、ご了承ください。
※病児保育事業の運営・補助金等の確認のため、富士市から依頼があった場合には、
　必要な範囲で診断名等の情報を富士市へ提供することがありますので、ご了承ください。

□ 上記について同意します。

【医師記入欄】

病院使用欄

明日も利用	本日のお迎え
は　い　・　いいえ	誰が？　　／何時に？