



そらいろこどもクリニック

SORAIRO KIDS CLINIC

フリガナ 名前	男・女 生年月日 年 月 日(才)
住所	〒
電話番号	

・体重はいくつですか？ () kg

・本日は、どのような症状がありますか？

☐発熱

☐せき、鼻水

☐のどの痛み

☐下痢

☐便秘

☐嘔吐、吐き気

☐痛み（頭痛、腹痛など）

☐肌のトラブル（湿疹、乾燥）

☐アレルギー

☐予防接種

☐その他 ()

・現在、内服中のお薬はありますか？

☐はい () ☐いいえ

・これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

☐はい () ☐いいえ

・これまでに薬や食品などにアレルギーを起こしたことはありますか？

☐はい () ☐いいえ

・マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ ☐はい ☐いいえ

★当院では正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします