

問 診 票 (初診用)

フリガナ	
お 名 前	男 女
生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳 カ月)

- 集団生活をしていますか？
 保育園・幼稚園 (園名： / 年少 年中 年長)
 小学校・中学校・高校 (学校名： / 学年： 年生)

ご 住 所	〒 —
自 宅 電 話	
携 帯 電 話	
メールアドレス	<p>☆アドレス未登録の方はご記入願います。 次回より診察順番が近くなった時にメールにてお知らせいたします。</p> <p style="text-align: center;">@</p> <p>※ ご登録頂いたメールアドレスは、メール配信に使用するものであり、他の用途で使用する事はありません。</p>

- 体重：() kg ※体重計は待合室にあります。ご自由にお使い下さい。
 ※赤ちゃん用の体重計をご利用の方はスタッフにお声かけ下さい。
- 受診時の体温：()℃
- 現在の症状 (当てはまるものに○と記入して下さい)
 - ・発熱 : なし あり ・発熱は、いつ頃からですか？ ()
 - ・鼻水 (水っぱな・青っぱな) ・咳 ・喘鳴 (ゼイゼイ)
 - ・頭痛 ・腹痛 ・嘔吐 ・嘔気
 - ・下痢 ・発疹、湿疹 ・耳が痛い (右・左)
 - ・その他 ()
- お子さんについて教えてください。
 - ・定期的にかかっている病気がありますか？
 ない ある ()
 - ・薬や食べ物でアレルギーがありますか？
 ない ある ()
- 希望する薬の剤形はございますか？
 - ・シロップ ・粉薬 ・錠剤 ・どれでも良い
- 本日熱さましはご希望ですか？
 - ・いない ・いる (坐薬 、 粉薬 、 錠剤)
- 他にご心配なこと、お伝えしたいことがありましたらご記入下さい。