

問 診 票

※ 住所・電話番号の変更がありましたら窓口までお知らせ下さい。

お名前	(カタカナでご記入ください)		男 女
	S・H・R	年 月 日 (歳 ヶ月)	
<p>☆メール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ことはありません。</p>			

- 体重：() kg 待合室に体重計あります。ご自由にお使い下さい。
- 受診時の体温：()℃
- 集団生活：保育園・幼稚園(園名 / 年少・年中・年長)
小学校・中学校(学校名 / 年生)

- 現在の症状(当てはまるものに○を記入して下さい)
 - ・経過観察ですか？ : はい いいえ
 - ※経過観察の場合、あてはまるもの○、または記入して下さい。
 - ・皮膚 ・風邪 ・喘息
 - ・その他：
 - ・発熱 : なし あり
 - ※発熱はいつ頃からですか？ ()
 - ・鼻水(水っぱな・膏っぱな) ・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下さい。
 - ・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。

☆明細書不要の場合は✓をご記入下さい。 →