

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)	

☆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。

@

※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。

- 体重：() kg 中待合に体重計あります。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、当てはまるもの○、または記入して下さい。
 - ・皮膚 ・風邪 ・喘息 ・水イボ ・中耳炎
 - ・その他： ・副鼻腔炎 ・**吸入器返却の診察**
- 発熱 : なし あり **★鼻吸引希望**
※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 ・喉が痛い ・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 ()
- 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。→□