

問 診 票 (初診用)

フリガナ	
お 名 前	男 女
生年月日	昭和・平成・令和 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	☆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 ※体重計は中待合室にあります。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 ・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。

☆ 明細書不要の方は✓をご記入下さい→