

No. _____

問 診 表

フリガナ _____ 生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (男 ・ 女) (年齢 _____ 歳 _____ カ月)

住所 〒 _____ 連絡先 _____

フリガナ
保護者氏名 _____

* この用紙は当院の職員のみ拝見します。可能な範囲でご記入ください。

* 現在の体温 _____ . _____ °C 体重 _____ kg

1 来院された目的に○を付けてください。 _____ 診察 ・ 紹介 ・ 予防接種 ・ 乳児健診

2 どのような症状で受診されますか？

(右に○をつけていただいてもかまいません)

例： 発熱 ・ 頭痛 ・ 吐気 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 耳
便秘 ・ ぜいぜい ・ 湿疹 ・ 発疹 ・ 食物アレルギー ・ 等

3 その症状はいつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃より

4 これまで大きな病気で入院したことはありますか？

(_____)

5 身体にあわない薬はありますか？ (例：発疹、下痢など)。

(_____)

6 流行状況をふまえて診察するため、差しさわりがなければ保育園、幼稚園学校名をご記ください。

(_____)

※ 母子手帳、医療症をご持参ください。

※ 他の医療機関様の検査結果・紹介状をお持ちの方は、受付にご提出ください。

※ 服用している薬がある場合は、診察時にお知らせください。

ご記入ありがとうございました。