

問 診 票 (再診用)

※ 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 ● 受診時の体温：() °C
- 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・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。

当院を知ったきっかけ

- 知人、友人からの紹介
- インターネット (当院のホームページ・mimina・その他検索サイト) 【サイト名: _____】
- 新聞折り込み 近隣に住んでいる 買い物にきたついで バス広告 その他