

問診票

平成 年 月 日

フリガナ					
氏 名					男 ・ 女
生年月日	平成	年	月	日	才 か月
住 所	〒				
電話番号	()	-			
携帯電話	()	- どなた様の? 【 】			
現在の体温	度 【最終坐薬は 月 日 時 分頃】				
現在の体重	k g 【体重が分からない方はトイレの前の体重計で計測して下さい】				
☆日付順にいつからどのような症状かご記入ください。					
☆当クリニックをどこでお知りになりましたか? 【 】					
記入者	父母 ・ 祖父母 ・ 本人 ・ その他 ()				

※保険証・医療証の提示をお願いします。



由美子こどもクリニック