

問診票

令和 年 月 日

●他院のお薬を飲んでいる方はお薬手帳を受付に提出してください●

| | |
|---------------------------|---|
| フリガナ | |
| 氏名 | 男・女 |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 才 か月 |
| 住所 | 〒 ー |
| 電話番号 | () ー |
| 携帯電話 | () ー どなた様の? 【 () 】 |
| 現在の体温 | 度 【最終坐薬(解熱剤)は 月 日 時 分頃 度で使用】 |
| 現在の体重 | k g 【体重が分からない方は、大きい待合室の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 | |
| 希望する検査があったら○を付けてください | |
| () インフルエンザ | |
| () 溶連菌 | |
| () RSウイルス(1歳未満のみ) | |
| () アデノウイルス | |
| () マイコプラズマ | |
| () その他 () | |
| ※ まわりで流行しているものはありますか? () | |
| ☆ 当クリニックをどこでお知りになりましたか? | 【 () 】 |
| ☆ いつも受診しているところはどこですか? | 【 () 】 |
| 記入者 | 父母 ・ 祖父母 ・ 本人 ・ その他 () |