

問診票

しだ小児科クリニック



ふりがな

お名前 (_____) 性別 男・女
生年月日 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ) 年齢 (_____ 才 _____ か月)
住所 〒 _____
電話番号 携帯 _____ 自宅 _____
緊急連絡先 お名前 (_____) 続柄 (_____) 電話番号 _____

体温 (_____) °C 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

☆今日はどうされましたか？

(いつから、どんな症状か？ ●●を希望、相談したい など)

☆鼻吸いを希望されますか？ (はい・いいえ)

☆お薬の希望は (粉薬・シロップ ・錠剤)

☆解熱剤は (要・不要) ・ (坐薬・飲み薬)



ご協力ありがとうございました。