

## 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)

☆コロナウイルスの方と接触したり、感染流行地域・場所へいかれましたか？ (はい・いいえ)

→「はい」の場合には、直接来院されず、まずは帰国者・接触者相談センター (0742-27-1132) へお問い合わせください。

☆これまで大きな病気をされたことはありますか？ (ない・ある : \_\_\_\_\_)

☆薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (ない・ある : \_\_\_\_\_)

☆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 )

☆保育園・学校などの事情でお昼にお薬を飲めないことがありますか？ (はい・いいえ)

☆当院をどこでお知りになりましたか？

近所だから・ホームページ・広告 ( チラシ / Web 広告 ) ・知人からの紹介

ブログ、SNS ( Instagram / Facebook / Twitter )

駅看板

その他 ( \_\_\_\_\_ )



ご協力ありがとうございました。