

初診時間診票

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)

☆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 : _____)

☆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)

☆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。