

## 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 \_\_\_\_\_  
学校、保育園等 ( \_\_\_\_\_ )  
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？ (\*一般外来の時間帯限定) (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・知人からの紹介・SNS・駅看板

その他 ( \_\_\_\_\_ )



ご協力ありがとうございました。