

新規ご登録 & 問診票（小児科）

(ふりかな)			生年月日	
お名前	男		明・大・昭・平	
	女		年 月 日	
住所	〒 -			
電話番号	自宅		携帯	
アレルギーの有無	食べ物 ある（具体的に: ）・なし 薬 ある（具体的に: ）・なし			
生活の場	ご自宅・（ ）保育園・（ ）幼稚園 （ ）小学校・（ ）中学校 その他（ ）			
● 普段、お子さんの健康で気にかかっていること、相談したいことがあればお書きください				

< 本日の症状について >

年齢 歳 か月 体重 Kg

1. どのような症状がありますか？ 症状や心配事に✓をおつけください。

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (°C) | <input type="checkbox"/> 嘔吐/吐き気 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> くしゃみ |
| <input type="checkbox"/> 鼻水/鼻づまり | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> ゼーゼー |
| <input type="checkbox"/> 発疹 (場所:) | | <input type="checkbox"/> けいれん |
| <input type="checkbox"/> おねしょ | <input type="checkbox"/> アレルギーの相談 | <input type="checkbox"/> 発達に関して |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

2. 1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい 国 [] 期間 []

3. 一番心配なこと、伝えたいことがあればお書きください。

4. 当院を何でお知りになりましたか？（複数回答可）

- インターネット 看板（袖看板 メトロ） パンフレット バスアナウンス
 紹介（家族・知人 _____ 様 他院 _____ ひまわり 会社 学校）
 その他（ ）

ご記入有難うございます。記載方法についてご質問等ございましたら受付までお尋ねくださいませ。

※ お預かりした個人情報につきましては、診療および診療後の必要時にのみ使用いたします。個人情報保護法等の法令に定めのある場合を除き、個人情報をあらかじめご本人の同意を得ることなく、第三者に提供致しません。