　　　　　　　　　　　　　小児問診票　　 記入日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男 ・ 女 | （　　　　　才） |
| 氏名 |  | 生年月日 | 平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　-　　　　 | 電話 | 自宅携帯 |
| 身長（　　　　　　ｃｍ） | 体重（　　　　　　ｋｇ） | 平熱（　　　　　　℃） |
| ６歳未満の方 集団生活 | あり　（　幼稚園　・　保育園　）　　　　まだ |

☆いまの症状といつからかを詳しくお書きください。

☆現在飲んでいるお薬はありますか？（市販のお薬も含みます）

ある　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　／　ない

（薬の名前）

☆アレルギーはありますか？

ある　（　薬　食べ物　アトピー　花粉症　ぜんそく　その他　　　　　）／　ない

☆ご要望やご意見があればお書きください。

（例）　薬はシロップがいい、錠剤がいい　　など。

アンケート

　今後の医院運営の参考にさせていただきますので、ご協力お願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 当院を受診されたきっかけは？ | ①紹介　勧められて　紹介者（　　　　　　　）②インターネット・ホームページ　　　　　③近所だから④その他 |