

予 診 票

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ _____

生年月日 S・H・R 年 月 日(年齢 歳 ヶ月)

氏名 _____

通っている校名や園名・会社名 _____

(男・女)

住所 〒 _____

TEL :

携帯 :

変更のない場合は記載不要です

体温 _____ °C
(最高 _____ °C)

体重 _____ kg

身長 _____ cm

今日はどのような症状で受診なさいましたか？

発熱・咳・鼻水・腹痛・下痢・嘔吐・湿疹・その他 水分はとれますか？ (はい・いいえ)

飲み薬の希望は？ 粉・シロップ・錠剤 解熱剤 いる(坐薬・粉・シロップ・錠剤) いない

記入が可能であれば、どのような症状がいつから出現したかを教えて下さい。
出来るだけ詳しく記載頂けると診察がスムーズです。

※現在、妊娠中または妊娠の可能性のある方は診察できません。ご了承下さい。

今までにかかった病気を教えて下さい(入院したことのある場合にはその時の病名と年齢も教えて下さい)

薬や食べ物にアレルギーがありますか？

いいえ・はい

喘息と診断されたことがありますか？

いいえ・はい

アトピー性皮膚炎や乳児湿疹と

いいえ・はい

診断されたことがありますか？

※現在服薬中の方は、お薬手帳も一緒に出してください。



ながやま キッズファミリークリニック