

# 問診票

ふりがな  
氏名 生年月日 S H 年 月 日( 歳)

住所 〒 -

電話 ( )

来院時 体温 . 度 体重 kg 男・女

本日来院された症状で当てはまるものがあれば□に☑をつけてください

- 発疹      発熱      咳      鼻水  
息が苦しそう   喘鳴(ゼイゼイ)  
吐き気      嘔吐      下痢      腹痛  
血便      便秘  
痙攣      頭痛      頸部痛  
その他の痛み( )  
その他の相談( )

現在 保育園 幼稚園 小学校 中学・高校 に通っている／通っていない  
(差し支えなければ通っている施設名を: )

何を ご覧になって来院されましたか? (複数回答可)

- ホームページ   クリニック検索 ( )  
電柱広告      新聞の折り込みチラシ  
知人からの口こみ  
その他 ( )