




# 小児問診票

年 月 日

フリガナ		体 温
お名前	男・女	°C
生年月日	平成・令和・西暦 年 月 日生	満( )歳
ご住所	〒 -	現在の体重
ご連絡先	自宅電話 ( ) - 携帯電話 ( ) -	kg


 いつから どのような 症状ですか？

いつ 症状


.....

 今までにかかった病気はありますか？


- 突発性発疹     はしか     風疹     水痘     おたふく  
 川崎病     喘息     アトピー  
 その他 病名 (.....)


 アレルギーはありますか？

- はい (具体的に.....)     いいえ

 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？

- はい     いいえ

 生まれた時の体重は(.....kg)

 当院を何でお知りになりましたか？(複数可)

- 近所に住んでいる     知人から紹介された     評判を耳にして     家族がかかっている     電話帳  
 電柱広告     駐車場案内板     ホームページ     医療機関検索サイト     その他 (.....)

今回御記入いただいた項目については、個人情報保護法にもとづいて適切に扱わせて頂きます。



橋中内科小児科クリニック

院長 橋中 善明

ご協力ありがとうございました。