

ご記入日 年 月 日

新規ご登録 & 問診票（小児科）

(ふりかな)		男	生年月日	
お名前		女	平・令 年 月 日 (歳 ヶ月)	
住所	〒 -			
電話番号	自宅		携帯	
アレルギーの有無	食べ物 なし・ある（具体的に:) 薬 なし・ある（具体的に:)			
生活の場	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> () 保育園・幼稚園・小学校・中学校 <input type="checkbox"/> その他 ()			

< 本日の症状について >

1. 体温 [°C]
2. 体重 [kg]

体温や体重も診察・処方のための重要な情報になります。来院時の計測にご協力ください。

3. どのような症状や心配事がありますか？

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

4. 1ヶ月以内に海外に行きましたか？

いいえ ・ はい 国 [] 期間 []

5. 一番心配なこと、伝えたいことがあればお書きください。

6. 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 ユアクリニックお茶の水から転院
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。ご要望・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。