

予診票

ふりがな

お名前 _____ 男・女

ご住所 〒 _____

生年月日

S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ か月)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

学校・幼稚(保育)園名 _____

電話番号 _____

① 発熱 あり (_____ °C) ・ なし

② 発疹 あり ・ なし

③ お子さんの症状を簡単にお書きください

症状 (_____)

いつからですか? (_____)

④ 現在飲んでおられるお薬はありますか?

いいえ ・ はい (_____)

⑤ 通院されている医療機関はありますか?

いいえ ・ はい (_____)

⑥ お薬で副作用がでたことはありますか?

いいえ ・ はい (_____)

⑦ 今までに大きな病気をされたことはありますか?

いいえ ・ はい (_____)

⑧ 周囲で流行っている病気はありますか?

いいえ ・ はい (_____)

⑨ その他、何かございましたらご記入ください

(_____)

⑩ (アンケート) 当院をお知りになったきっかけは何ですか?

(a) 医院の前を通りかかって見かけた

(b) ホームページを見た

(c) インターネットで見つめた (ホームページ以外)

(d) お知り合いから聞いた

(e) 保健センターや市役所で聞いた

(f) 看板を見た

(g) その他 (_____)