

# 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 ( \_\_\_\_\_ )