問　診　票

マ　保　自

ふりがな		生年月日 H・R　年　月　日 (　才　ヶ月)
お子様のお名前	(男・女)	
電話番号	携帯(母・父・祖母・祖父・他)	携帯(母・父・祖母・祖父・他)
	固定電話(あり・なし) TEL(　　)	
ご住所	〒 ＊ご住所は、必ず記入下さい	

現在の体重　(　　ｋｇ)　測定日　月　日

※待合室に体重計がございますのでご利用ください

1.どのような症状がありますか(該当する症状に○をしてください)
また、その症状はいつ頃から出ていますか↓↓

発熱(　　℃)　頭痛

耳の下の腫れ・痛み

発疹→(顔・手・足・背中・おなか・その他)

鼻水　鼻づまり　のどの痛み

咳　ぜいぜいしている　声がかすれている

腹痛　嘔吐　下痢　便秘

その他(　　)

長期服用中の薬希望　　低身長の相談

2.今まで体に合わない薬はありましたか
また、お子様が飲めない薬はありますか
ない　ある(薬品名　　)

3.過去にどの様な手術・病気をなさいましたか

4.ひきつけを起こしたことはありますか
ない　ある(　回)最後はいつですか(　　年　月　日)