

問 診 票

つちだ子どもクリニック

*新型コロナウイルス感染症が疑われる方は、必ず診察前に電話でご相談ください。

*下記枠内を記入し当てはまるものに○を付けてください。



(*体温 _____ °C *身長 _____ cm *体重 _____ kg)

ふりがな

*お名前 _____ 男・女 (平成・令和 年 月 日生) 歳 ヶ月
(名称) 幼稚園・保育園・児童館・こども園・学校

*ご住所:

〒 (_____) _____

*ご連絡先電話番号: _____

*本日付き添いの方はどなたですか?

(父・母・祖父・祖母・その他) 付添の方の体温 _____ °C

*同居されているかたを教えてください。

(父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母・その他) _____)

*お子様が今まで何か病気にかかるか、手術したことはありますか?

突発性発疹症 熱性けいれん ぜんそく アトピー性皮膚炎 川崎病 心臓病 腎臓病
その他(_____) 手術(_____)

*食物・薬物にアレルギーはありますか? いいえ はい (食品・薬品名: _____)

*他の病院で薬をもらっていますか? いいえ はい(お薬手帳をご提示ください)

*本日はどうなさいましたか? 下記枠内に様子をご記入ください。

本人または周囲の方で2週間以内のコロナウイルス感染者と接触があった方、関連のある方はいますか?

なし あり

(どなたが: _____ どのような: _____)

《新患の方は下記アンケートにもご協力ください。》

*当クリニックのことをどのようにお知りになりましたか? し点をつけてください。(複数回答可)

院長の診察を以前に受けたことがあって ホームページ 広告をみて
近所だから 口コミで その他 (_____)

ご協力ありがとうございました

つちだ子どもクリニック TEL 023-687-1259