

問診票



令和 年 月 日

ふりがな			H・R	年	月	日生
お子さまの氏名	男・女		生年月日	() 歳 () か月		
ご住所	〒 ()					
ご連絡先	母携帯		ご自宅			
	父携帯		その他			

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

出生時の週数	_____ 週	出生時の体重	_____ g
<input type="checkbox"/> 本日はどうされましたか？ 現在の体重 _____ g			
発熱 (_____ °C) 鼻汁 せき のどの痛み 嘔吐 下痢 腹痛			
発疹・便秘 予防注射 その他の症状 (_____)			
新生児外来 2週間健診 1か月健診			
*その症状はいつからですか (_____)			
<input type="checkbox"/> 今までに薬や注射などで副作用がおきたことがありますか、 ない ある (_____)			
<input type="checkbox"/> 現在、通院中の病院はありますか。 ない ある (_____)			
現在、飲んでいるお薬はありますか。 ない ある (_____)			
<input type="checkbox"/> 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ ない ある (_____)			
お薬 (_____) 食べ物 (_____)			
<input type="checkbox"/> その他、気になることがありましたら、ご記入ください。 			

松信ウィメンズクリニック・こどもクリニック

TEL 047-407-0123

