令和　　年　　月　　日

ー　問診票　ー

○下記質問にお答えください。（記入後は受付にお越しください。）

（ふりがな）

氏名：　　（男・女）

住所：

電話：

生年月日：　H・R　　年　　月　　日　（　　歳）

体重：　　Kg　　体温（現在）：　　℃

1．　いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃から　（　　）

どんな症状ですか　（　　）

2．　今までに大きな病気にかかったことはありますか？

（　はい　・　いいえ　）

「はい」とお答えになった方は病名をお書きください。

（　　）

3．　今までに食べ物や薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

（　はい　・　いいえ　）

「はい」とお答えになった方は対象となる食べ物や薬名をお書きください。

薬・・・（　　）

食べ物・・・（　　）

4．よろしければアンケートにご協力ください。

◦当院は何からお知りになりましたか？

□ Web 検索　□ ホームページ　□ 家族　□ 知人・友人　□ 家が近い

ご協力ありがとうございました。

準備ができましたらお呼びいたしますので、もう少しお待ちください。

もろ小児科医院