



問 診 票

ID:

(生年月日 H 年 月 日)

ふりがな

お名前 男・女 年齢 歳 ヶ月

電話番号 携帯番号

〒 住所

身長 cm 体重 kg

診察前にお子様の本日の症状・ご相談内容についてご記入ください。

ご記入が終わりましたらお手数ですが受付にお出してください。

◇ 診察の進行状況により多少お待ちいただくことがございますが、その際はご了承ください。

1 現在体温 °C 最高体温 いつ () °C

2 症状にはいつ頃から気づかれましたか？

3 以下の症状に当てはまる場合には○で囲んでください。

発熱 咳 鼻汁 のどの痛み 耳の痛み

喘息（ゼーゼー） 腹痛 嘔吐 下痢 発疹

その他

4 嗜好品についてお答えください。

酒 (才より1日) タバコ (才より1日 本)

5 当院を何で知りましたか？

紹介 (さんから) 看板 ホームページ(当院・医師会) その他 ()

！お薬、お食事のアレルギーがある方は必ず診察医にお知らせ下さい

！発疹が出ている方はスタッフにお知らせ下さい。

(場合により、別室でお待ちいただきます)

ご記入ありがとうございます。診察までしばらくお待ちください。



ふるた内科小児科クリニック
Furuta Medical Clinic
www.furuta-clinic.com