

# 慈愛病院小児科 問診票

受診日 年 月 日

フリガナ

お名前

生年月日 H R 年 月 日 年齢 才

住所 〒

電話 ( )

体温 °C 身長 cm 体重 kg

● どうなさいましたか？（受診の目的は？）

● いつからですか？

● ほかに、どんな症状がありますか？

● どのように対処しましたか？

● 他の医療機関におかかりですか？（はい、いいえ）

どちらでしょうか？

● いま、飲んでいるくすりはありますか？（はい、いいえ）

お薬手帳をお持ちでしたら、ご提出をお願いいたします。

何でしょうか？

● なにか、医師に伝えたいことがあれば、お書き下さい。