

問診票（初めて受診される方）

| | | | | |
|---|--|---|------|-----|
| | (フリガナ) | | | |
| お名前 | | (男 ・ 女) | | |
| 生年月日 | 大正 / 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| | 平成 / 令和 | | | |
| 住所 | 〒 | 県 | 市 | 町 |
| 携帯電話 | | - | - | - |
| 電話番号 | | - | - | - |
| 体重 | kg | 基本的には来院時に体重計で測定します。1歳以下の方は診察室で測定します。 | | |
| 体温 | ℃ | 基本的には来院時に測定します。 | | |
| 症状 | 発熱（ねつ） 咳嗽（せきがひどい） 喘鳴（ぜいぜいする） 鼻汁（はなみずが出る） 鼻閉感（はながつまる） 嘔吐（はいてしまう） 軟便／下痢（うんちがゆるい） 腹痛（おなかがいたい） 血便（うんちに血がまじる） 咽頭痛（のどがいたい） 頭痛（あたまがいたい） 発疹（かおやからだにブツブツがある） | | | |
| (複数可) | 外傷（ケガをした） | 禁煙外来希望 | 検査希望 | |
|  | その他 | | | |
| | | 以下の項目はアンケートになります。差し支えなければお答え下さい。 | | |
| | 当院をどうやって知りましたか？ | (1) 知人／友人から (2) インターネット（グーグル／ヤフー／その他） (3) 電話帳 | | |
| | 当院のホームページはご覧になりましたか？ | はい | ／ | いいえ |
| | | 以上です。ご協力ありがとうございました。 | | |
| | | 古川小児科内科医院 | | |

