

No _____

問 診 表

上原小児クリニック

ID _____

ふりがな
氏 名 _____

男 ・ 女 _____ 歳 _____ 月 _____

携帯電話 _____

R ・ H ・ S _____ 年 _____ 月 _____ 日生

今日はどうされましたか？

☆予防接種・健診を受けられる方（○をつけてください）

[Hib・肺炎球菌・BCG・四種混合・二種混合・ポリオ・麻疹風疹・日本脳炎・B型肝炎
HPV(子宮頸癌)・水ぼうそう・おたふく・ロタ・インフルエンザ・4ヶ月健診・10ヶ月健診・その他()]

☆診察を希望される方（いつから？どんな症状ですか？）

[_____]

感染予防のためお伺いします
●熱 () ●コロナ濃厚接触 (有・無)
●咳 () ●コロナ心配 (有・無)
●鼻 () ●家族、近親者健康状態 (良・悪)

希望の薬 (○をつけてください) 解熱剤・けいれん止め・ぬり薬・目薬・吸入・その他()

現在他の病院を受診されていますか？ (病名と内服薬を教えてください)

[_____]

本日の体温【 _____ ℃】 体重【 _____ kg】 身長【 _____ cm】

※当院は院外処方です。どこの薬局に行かれますか？ ロイヤル薬局 ・ その他 ()