

問診票

氏名 _____ ふりがな _____

性別（男 女） 体重（ ） kg（計測日 本日 およそ（ ）日前）

初めて受診の方

〒 _____

住所

携帯電話番号 _____

生年月日（昭和・平成・令和 年 月 日） 年齢（ ）歳

今までにかかった主な病気：なし あり

→ありの場合具体的に

入院歴：なし あり

→ありの場合具体的に

食べ物や薬のアレルギー：なし あり

→ありの場合具体的に

幼稚園・保育園・学校に行っていれば園名・学校名 _____

本日はどうされましたか？（簡単で結構です） 今日の体温 ____℃

2回目以降受診の方

本日はどうされましたか？（簡単で結構です） 今日の体温 ____℃