

受付番号

# 休日当番医用 問診票

◎本日の来院手段に○をつけてください

徒歩 / 自転車 / 公共機関 / タクシー / 自家用車※

↓ ※自家用車の方は車のナンバー、お色、駐車場所もお知らせください ↓

[ 車のナンバー / 車のお色 ]

駐車場所にチェック入れてください (その他コインパーキング患者様ご負担になります)

ホトリウス花京院第1・第2パーク (利用証明書発行していただくと無料になります)

Dパーク (受付でサービス券を渡します)

※必ずご記入ください。

体温: \_\_\_\_\_ °C

体重: \_\_\_\_\_ kg

保育園、学校等で流行っている病気 ( 無 / 有 ⇒ )

フリガナ

お名前 ( 男・女 )

西暦 年 ( ※ S・H・R 年 ) 月 日 ( 歳 ヶ月 )

住所 (〒 - )

電話番号(携帯)

電話番号(自宅)

① 本日の受診目的(あてはまる症状)に○をつけてください

※症状が始まった時期: ( 月 日 時 分 ) 頃から

・発熱 ・鼻水 ・鼻詰まり ・咳 ・嘔吐 ・下痢 ・発疹 ・痛み( 頭 / 喉 / お腹 )

・その他( )

② 現在治療中、又はかかったことのある病気があれば○をつけてください

・気管支喘息 ・川崎病 ・心臓病 ・腎臓病 ・熱性けいれん ・てんかん

・その他( )

③ 薬や食べ物、予防接種でアレルギー症状がでたことはありますか?

( なし / あり ⇒ 起きた症状: )

④ 希望するお薬の形を1つ選択してください ⇒ ( シロップ / 粉 / 錠剤 )

**他院処方のお薬がありましたら、診察時にお薬手帳をお渡しください。**