

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 ↓

[車の色 / 車のナンバー]

駐車場所にチェック入れてください

- ☐ 田中こどもクリニック専用駐車場(無料①～⑫)
- ☐ コインパーキング エコロパーク(利用証明書又は写真を見せていただくと無料になります)
- ☐ タイムズ,その他コインパーキング(患者様ご負担になります)

※必ずご記入ください。

体温: _____℃

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

通園・通学先の場所

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。