

問診票 再診の方

以下の場合、速やかに受付に伝えてください。

・重症または緊急の場合:

(けいれん、意識がはっきりしない、ぐったり、顔色が悪い、冷や汗、呼吸が苦しそう、激しく痛がるなど)

・隔離が必要な場合:

発疹や耳の下の腫れがある場合、水ぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザなどが疑われる場合

受診日:平成 年 月 日

記入者:[母、 父、 その他()]

ふりがな

お名前: _____ 性別:[男、 女] 生年月日:平成 年 月 日

体温: _____

身長: _____ cm

体重: _____ kg

* 熱がある場合は直近に測った体温をご記入ください。待ち時間に計測を希望される場合は、体温計をお貸ししますので窓口でお申し出ください。

* 身長・体重は成長の評価や薬剤の投与量決定などに必要ですので、できるだけご記入ください。院内でも計測できるように身長計・体重計をご用意しています。ベビースケールもございますので、お声かけください。

1. 受診いただいた理由を記入してください:

今回新たに

[]

前回受診の続き

[]

定期的な受診

[]

検査結果の説明

[]

2. その他に気になることやご相談したいことがございましたらご記入ください:

[]



ご協力ありがとうございました