



初診時間診票

たいようこどもクリニック

ふりがな

お名前 ()

性別 男 ・ 女

生年月日 (西暦 年 月 日 生まれ) 年齢 (才 か月)

住所 〒

電話番号 携帯 :

学校、保育園 ()

体温 () °C 体重 () kg

★コロナ感染者と10日以内に接触されましたか？ (いいえ・はい)

『はい』の場合→詳しく教えてください。



★今日はどうされましたか？ (いつから、どんな症状か？)

★使用中のお薬はありますか？ (ない・ある :

)

★これまで大きな病気をされたことはありますか？ (ない・ある :

)

★お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (ない・ある :

)

★お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)

★解熱剤は (要・不要) ・ (座薬・飲み薬)

★検査など何かご希望があれば、ご記入ください。

★当院をどこでお知りになりましたか？

近所だから・ホームページ・知人からの紹介・SNS・駅看板・

その他 (

)