

再診時間診票 今日の日付(月 日)

cm kg

前回(月 日)

診察前にご面倒ですが、次のご質問にお答えください。

ふりがな()

お名前 男・女 生年月日 S・H・R 年 月 日(オ ヶ月)

※住所、電話番号変更のあった方は記入をお願いします

〒

電話1

ご住所

電話2

本日はどうされましたか (Oをつけて下さい)

現在の体温(°C)

- 発熱 (なし ・ あり) 日前 () °C位 機嫌 (よい ・ わるい)
咳 (なし ・ あり) 日前 食欲 (あり ・ なし)
鼻水 (なし ・ あり) 日前 頭痛 (なし ・ あり)
ぜいぜい (なし ・ あり) 日前 腹痛 (なし ・ あり)
痰 (なし ・ あり) 日前 発疹 (なし ・ あり)
喉の痛み(なし ・ あり) 日前 発疹部位()
下痢 (なし ・ あり) 日前
嘔吐 (なし ・ あり) 日前

その他(既往歴、アレルギー、出生時の異常)などありましたら記入して下さい。

Empty box for additional notes.

◆いなべこどもクリニック◆

再診時間診票 今日の日付(月 日)

cm kg

前回(月 日)

診察前にご面倒ですが、次のご質問にお答えください。

ふりがな()

お名前 男・女 生年月日 S・H・R 年 月 日(オ ヶ月)

※住所、電話番号変更のあった方は記入をお願いします

〒

電話1

ご住所

電話2

本日はどうされましたか (Oをつけて下さい)

現在の体温(°C)

- 発熱 (なし ・ あり) 日前 () °C位 機嫌 (よい ・ わるい)
咳 (なし ・ あり) 日前 食欲 (あり ・ なし)
鼻水 (なし ・ あり) 日前 頭痛 (なし ・ あり)
ぜいぜい (なし ・ あり) 日前 腹痛 (なし ・ あり)
痰 (なし ・ あり) 日前 発疹 (なし ・ あり)
喉の痛み(なし ・ あり) 日前 発疹部位()
下痢 (なし ・ あり) 日前
嘔吐 (なし ・ あり) 日前

その他(既往歴、アレルギー、出生時の異常)などありましたら記入して下さい。

Empty box for additional notes.

◆いなべこどもクリニック◆