



はたなか赤ちゃんこどもクリニック

問診票（初診の方）

※太枠内記入必須

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日	歳 ヶ月
() 保育園・幼稚園・ 学校・集団生活なし		
住所	〒 - 市	
連絡先	携帯 - -	父・母
身長： _____ cm	体重： _____ kg	現在の体温： _____ °C

1. 本日はどうされましたか？ 発熱・鼻汁・せき・嘔吐・下痢・腹痛・その他（○をつけてください。）
2. その症状はいつ頃からありますか？
3. 今回の症状で他の医療機関を受診していますか？ はい ・ いいえ