

# 再来問診票(小児科)

記入日 20 年 月 日

ふりがな		性別
お名前		男 女
年齢	体重	体温
歳 力月	kg	℃

## ◆お薬や食べ物に対してアレルギーはありますか？

ない・ある(薬名: )

ない・ある(食品名: )

## ◆お薬は飲めますか？

はい(シロップ・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・わからない

## ◆本日はいかがなさいましたか？(該当の症状に○をして、記載してください。)

### ◇定期受診以外の方は下記からお選びください。

発熱・せき・のど痛・鼻水・鼻づまり

腹痛・便秘・下痢・嘔吐・頭痛

### ・ご家族や学校、幼稚園、保育園等で流行している病気はありますか？

ない・ある( )

### ◇定期受診の方は下記からお選びください。

ぜんそく アレルギー 肌 その他( )

## ◆書類は希望しますか？

いいえ・はい( 治癒証明書・アレルギー生活管理表・その他 )

※書類代 治癒証明書 330円 / アレルギー生活管理票 1通 1,100円 / 与薬依頼書 1通 1,100円