

ふりがな		性別	体重	体温
お名前		男・女	kg	°C
生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日	年齢 歳 力月		
学校名等	() 保育園、幼稚園、小学校、中学校、高校、その他			
付き添いの 方のお名前		続柄	電話番号	
			(携帯)	
			(自宅)	
ご住所	〒			

今日はどのようなことが心配で来院されましたか。	
その症状はいつからですか (/ , 日前) 頃から (だいたい) かまいません)	
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> のどが痛い
<input type="checkbox"/> せき・はなみず	<input type="checkbox"/> ぜいぜい、けんけんなどのへんな咳
<input type="checkbox"/> おなかが痛い	<input type="checkbox"/> 下痢、嘔吐
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> アレルギー (喘息、食べ物、アトピー、花粉症)
<input type="checkbox"/> 湿疹、じんましん	<input type="checkbox"/> 子育て相談
<input type="checkbox"/> その他 ()	
お聞きになりたいこと、伝えたいことがあればお書きください	
血液検査、点滴、吸入、鼻吸いなどの希望はありますか (なし ・ あり)	
コロナやインフルエンザ等、感染症の検査の希望はありますか (なし ・ あり)	
身近で新型コロナウイルス感染症にかかっている方はいますか (いる ・ いない)	
保育園や学校で流行っている病気はありますか (なし ・ あり:)	
おくすり、たべもの、注射などで調子が悪くなったことはありますか (なし ・ あり)	
アルコール綿でかぶれたことはありますか (なし ・ あり)	
普段飲んでいるお薬、今回使ってみたお薬などはありますか (なし ・ あり)	

アンケート

当院を知ったきっかけ:

インターネット (google、yahoo、公式サイト、SNS、ブログ、医療ポータル)、知人の紹介、通りがかり、電柱広告、豊島区の子育て冊子、その他 ()

当院へはどうやってきましたか : 徒歩、自転車、自家用車、タクシー、電車、バス、その他 ()

自家用車はお持ちですか : はい いいえ

専用駐車場があれば利用したいですか : はい いいえ

診療所内で購入したいと思うものはありますか : 粉ミルク、経口補水液、マスク、ジュース、おむつ