

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 (だいたいでかまいません)				
<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				
鼻吸いなどの希望はありますか (なし ・ あり)				
身近でコロナウイルス・インフルエンザ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、今回使用したお薬はありますか (なし ・ あり) お薬手帳 (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