

問診票	
体温 (診察前)	°C / 体重(小児) kg
ふりがな	
お名前	男 女
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
出生体重	g (在胎週数 週で出生)
住所 〒	
電話番号 ()	
保育園	小学校
幼稚園	中学校
現在の内服 あり ・ なし	
<p>【症状】 発熱・咽頭痛・頭痛・ 咳(から咳・痰がらみ・ゼーゼー)・ 鼻汁・眼脂・ 吐気・嘔吐・腹痛・ 下痢・便秘・おねしょ 花粉症・アレルギー検査 書類作成</p> <p>その他 ()</p>	<p style="text-align: center;">皮膚症状</p> 
いつから：	
当院をどちらでお知りになりましたか？	
<p>ホームページ・知り合いから・通りすがり・ 野崎クリニック・タワーズ内科クリニック・ その他 ()</p>	