

みらいのこどもクリニック 問診票（再診用）

記入日： 年 月 日

ふりがな お名前	歳 月	体重 k g	体温 °C
-------------	-----	--------	-------

【住所・電話番号に変更がある場合はご記入ください。】

住所：

電話番号：

【今日はどうされましたか？】

()

【お薬や食べ物、その他アレルギーに変更はありますか？】

なし ・ あり [

]

【1ヵ月以内に家族や周りの方に以下の病気にかかった方はおられますか？】

病名： 溶連菌 手足口病 インフルエンザ 水ぼうそう おたふくかぜ リンゴ病

いつ [

]

どなたが [

]

【その他相談したいこと等ありましたらお書きください。】

