



医療法人社団 ハーティ友育Tie

おかだ
こどもの森クリニック

受付番号

再診 問診票

★ふりがな

★お名前 _____ 男・女

★生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才 _____ ヶ月

★診察前の体温 _____ °C

★ こちらで計測します

身長 _____ cm

体重 _____ kg

★受診された理由に○を付けて下さい

熱 咳 ゼーゼー 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐 下痢
 頭痛 腹痛 便秘 発疹・湿疹 かゆみ 前回の続き
 その他

★症状は、いつからですか？ (_____)

★今お通いの学校、幼稚園、保育園

_____ 園・学校 _____ 年 _____ 組

★当院を受診されたことのあるご家族はいらっしゃいますか？ いる・いない

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| ふりがな | ふりがな |
| お名前 _____ 男・女(_____ 歳) | お名前 _____ 男・女(_____ 歳) |
| ふりがな | ふりがな |
| お名前 _____ 男・女(_____ 歳) | お名前 _____ 男・女(_____ 歳) |