

予 診 票

年 月 日

ふりがな		長男・長女	生年月日	昭平	年	月	日生
氏名		次男・次女				才	ヶ月
住所	電話 () -						

(1) いつから、どこの具合が悪いのですか。 体温 ℃

(2) 今までに薬や注射で副作用（薬疹・下痢・ショックなど）が出たことがありますか。

1. いいえ
2. はい（薬品名： ）

(3) 今までにかかった病気を○で、予防接種したものは△で囲んで下さい。

突発疹 麻疹 おたふく 風疹 水ぼうそう
 溶連菌感染症 熱性けいれん(才から 才まで 回)
 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 気管支喘息 じんましん
 その他()

(4) 体重は _____ kg

(5) おクスリで飲めるものを○で囲んで下さい。シロップ・粉・錠剤

とだこどもクリニック

とだこどもクリニック

〒335-0016 埼玉県戸田市下前1-9-22 2階

受付時間／午前9時～12時 午後2時30分～5時

(土曜は午前のみ)

休診日／水曜、日曜、祝日

☎ 048-432-6511

診療受付時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	●	●	-	●	●	●
午後 2:30~5:00	●	●	-	●	●	-

