

No. 初診時間診票（小児） 受診日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (男・女)

生年月日(西暦) 年 月 日 (才 か月)

住所 〒

連絡先 自宅 ()
携帯 ()

本日はどうされましたか？

症状・いつから 体重 Kg 本日のお熱 °C

既往歴（今までかかった大きな病気）*ない場合もその旨ご記入ください

アレルギー（薬、食品など）はありますか？

出生時について（2歳までの方）

体重 (g)

在胎週数 (週 日)

集団生活をしていますか？ 保育園・幼稚園・小学校・中学校

そこで流行している病気はありますか？ ()