

予約（有・無） / 隔離室 1・2

小児科問診票(再診用)

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	平					
氏名	男・女		年	月	日	歳		
住所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	携帯電話	-	-				
		TEL	-	-				

《再診の患者さま》

◎体重 k g

◎診察前体温 °C

前回受診後から症状はどう変わられましたか。

()

※下記項目で必要なものがあれば☑してください。但し、他院にて診断されたものについての発行は致しかねます。

- 登園許可証 千葉市 船橋市 それ以外
登校許可証 千葉市 船橋市 それ以外
治癒証明書
診断書
その他 _____

学校伝染病治癒証明書、登校(園)許可証、
学校健診関係書類 (中学生以下)

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。