

小児科問診票（再診）

受診日： 年 月 日
 診察券をお持ちの方は、※カガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

※カガナ		携帯番号	- -
※氏名	男・女	TEL	- -
住所 ※変更がある方	〒 -		

《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。

()

1. 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 千葉県 船橋市 それ以外
登校許可証 千葉県 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）

2. 千葉県公費健診・予防接種事業について相談したい（接種・相談ともに平日のみの対応となります）

- 1歳6ヶ月児健康診査 3歳児健康診査 インフルエンザ菌b型（ヒブ） 小児用肺炎球菌（13価）
B型肝炎 4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ） DT2期（ジフテリア・破傷風） BCG
麻しん・風しん（混合） 水痘 日本脳炎

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

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。