

初診時受付書

馬見ヶ崎こどもクリニック

ふりがな

お名前： 性別： 男 ・ 女 年齢： 歳 か月

生年月日：平成・令和 年 月 日

住所：〒 (-)

電話番号： (- -)

問診票

馬見ヶ崎こどもクリニック

お名前（ひらがなで）： ， 年齢： 歳 か月， 性別： 男 ・ 女

体温 ()℃

現在飲んでいるお薬： ない ・ ある (ある場合はお薬手帳をお預かりいたします)

本日の付き添い： 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 (具体的に)

付き添いの方の体温 ()℃

いつからどのような症状がありますか？

周囲に同様の症状の方はいますか？ いない・いる (家族・園・学校・その他：)

当てはまるものに○をつけてください。

水分は？ 2点：とれる () 1点：少ないがとれる () 0点：とれない ()

睡眠は？ 2点：眠れる () 1点：何とか眠れる () 0点：眠れない ()

機嫌は？ 2点：良い () 1点：悪い () 0点：最悪 ()

以下はクリニックで記載します。

身長 () cm 体重 () kg 心拍数 () bpm SpO2 () %