

小児科 電話診療問診票

受付番号 _____

◇当クリニックもしくは湘南鎌倉総合病院を受診したことはありますか？

⇒ はい ・ いいえ

希望する診療日時・時間帯： _____ 月 _____ 日 午前 ・ 午後

体温： _____ °C 体重： _____ kg 性別：男 ・ 女 年齢： _____ 歳 _____ ヶ月

◇どのような症状で受診を希望されますか？

※いつから、どんな症状

※既往歴

※食べ物や薬のアレルギーがあればお書きください。

(食べ物)

(薬)

※現在治療中の病気や内服している薬はありますか？

ない ・ ある(_____)