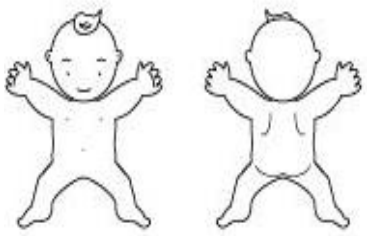
問診票	
体温（診察前）　　℃　/　体重(小児)　　kg	
ふりがな	
お名前　　男　　女	
昭和・平成　　年　　月　　日生	
住所　〒	
電話番号　　（　　）	
保育園 幼稚園	小学校 中学校
現在の内服　　あり　・　なし	
付き添い：母・父・祖母・祖父・その他(　　)	
症状：あるものに○をつけてください	
発熱・咽頭痛・頭痛・ 咳(から咳・痰がらみ)・ 鼻汁・眼脂・ 吐気・嘔吐・腹痛・ 下痢・便秘・おねしょ その他（　　）	皮膚症状 
いつから：	
当院をどちらでお知りになりましたか？	
ホームページ・知り合いから・通りすがり・ 野崎クリニック・タワーズ内科クリニック・ その他（　　）	