

上池袋こどもクリニック 初診アンケート



本日は、はじめてのご来院ありがとうございます。

受診されるお子様について、お手数ですが、以下の質問に分かる範囲で、お答えください。

※診察室へは、お子様の状態がよくわかる方と、本人のみの最低限人数での入室をお願いします。

その他の方は、申し訳ありませんが、できるだけ待合室で、診察中もお待ち下さい。

ご理解とご協力を、何卒よろしくおねがいします。

1. お子様のおなまえ ()
2. 年齢 () 歳 () ヶ月
3. 性別 (男性 ・ 女性)
4. 保護者の携帯電話番号 () 緊急用に登録します
5. 通園・通学中の園・学校 () 保育園・幼稚園・小学校・中学校/ なし
6. お子様の体重 () kg 相当 処方用に登録します
7. ご希望のお薬剤形 (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬 ・ のめない)
8. 現在内服中のお薬 (なし ・ あり → 内容:)
9. 禁忌薬・体にあわない薬がありましたら、お書きください ()
10. 当院へご来院のきっかけ (通りがかり・ホームページをみて・Google 検索して・電話帳
でみて・お友達からのご紹介・他医療機関からのご紹介・その他:)
11. お付き添いの保護者の方とお子様のご関係 (母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ シッター ・
両親のご友人・代理人 ・ 通訳 ・ その他:)

※本日、ご来院された主な目的や、現在一番困っている症状等を、ご自由にお書きください。

※ご記入後は、お手数ですが、窓口受付にお渡しくださり、しばらく待合室でお待ち下さい。