

問診票

平成 年 月 日

診察券 No.:

生年月日：西／平 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月 日

フリガナ：

名前： 性別：

住所：〒

電話番号：

体温 : °C 体重 : g ・ kg

- 38度以上の発熱 あり なし (.....月.....日から)
- 頭痛 あり なし (.....月.....日から)
- 目の充血 あり なし 目やに あり なし
- 咳 乾いた咳 ゼイゼイ 痰がらみ (.....日前から)
- 鼻汁 透明 黄色 緑色 鼻づまり (.....日前から)
- 嘔吐 あり (.....月.....日から 1日 回)
- 腹痛 あり なし (.....月.....日から)
- 下痢 あり なし (.....月.....日から 1日 回)
- 便秘 あり なし (.....月.....日から)
- 血便 あり なし (.....月.....日から)
- 発疹 あり なし (.....月.....日から／部位.....)

- 水分摂取 できる まずまず できない
- 尿回数 いつも通り 少ない 出ていない

その他、気になるところ、先生に聞きたいことなどお書きください。
.....
.....
.....

ありがとうございました。

おおすかこどもクリニック