

問診票 (小児科)

なまえ(カナ) : _____ 年齢 : _____ 才 _____ カ月

体温 : (_____ , _____) °C 性別 : 男・女 体重 : (_____ , _____) kg

↑わからない場合は測定をお願いします

↓↓↓どちらかに○をしてください

☆医師の希望 有 (_____ 医師) ・ 無

※希望が無い場合は、早く呼べる医師でご案内します

通園、通学している : いいえ / はい (_____) 保育園・幼稚園・小・中

現在流行している病気はありますか? : いいえ / はい (_____)

けいれんの既往がある : いいえ / はい

症状 (あてはまるものにチェック、および詳細の記入をお願いします)

- | | | | |
|-----------------------------|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 咳 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 痛み | 月 | 日 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 他 | 月 | 日 | _____ |

☆ 他院で薬を処方されている場合、お薬手帳を一緒にお出し下さい

☆ 証明書希望の方は受付にお申し出下さい(指定用紙は問診票と一緒にお願いします)

☆ 受付前の飲食はお控え下さい