

問診票(診察用)

くつまこどもクリニック

ふりがな		性別	記入日 西暦()年()月()日
お名前			男 年齢(歳 ヶ月)体温()°C
			女 身長()cm 体重()kg

当てはまる症状に○をつけて、症状が出てきた月日を(/)にご記入ください。

☆今日はどうされましたか？(・診察・再診指示・鼻吸い・喘息の薬・アレルギーの薬・書類・その他())

☆わかる範囲で下記の当てはまる症状に○をつけてください。

- ・発熱 (/) ()時頃からの発熱 最高()°C
- ・せき (/)から (乾いた咳 痰がらみ ゼーゼー ケンケン)
- ・鼻水 (/)から (鼻づまり 黄緑色 透明)
- ・嘔吐 (/)から 1日()回 (突然吐く 咳き込んで吐く)
- ・下痢 (/)から 1日()回 (水様 泥状 血便 白色)
- ・腹痛 (/)から (ずっと ときどき)
- ・便秘 (/)から便が出ていない もともと()日に1回ペース
- ・皮膚症状 (/)から (頭 顔 口 体 おしり 手 足;水疱、乾燥)
- ・その他 (/)から ()

* 食事は (いつも通り / 少なめ / 全くとれない)→(/)から

* 水分は (いつも通り / 少なめ / 全くとれない)→(/)から

* おしっこは (いつも通り / 少なめ / 全く出ない)→(/)から

☆お薬希望は(粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤) 解熱剤は(要 ・ 不要)・(坐薬 ・ 飲み薬)

ほかに相談したいことがあれば下記にご記入ください。

()

※症状の経過を確認するために、お電話をさせていただくことがございますのでご了承ください※