

問診票

ばば子どもクリニック

お名前		年齢	歳	ヶ月
体温	℃	体重	kg	

(1) 今日はどうなさいましたか？

症状に○をつけ、()の中にいつから症状が出ているかを記入してください。

前回の続き (前回受診の続きで受診された方はこちらに○をつけ、②以降の記入は不要です)

発熱 (_____ から) 咳 (_____ から) 鼻汁 (_____ から)

腹痛 (_____ から) 嘔吐 (_____ から) 下痢 (_____ から)

痛み (どこ: _____ が _____ から) 発疹 (_____ から)

その他 (_____) (_____ から)

(2) 本日の症状で、他の医療機関を受診されましたか？

いいえ

はい (_____) を (_____ 日) に受診。

何と診断されましたか？ (_____)

薬は処方されましたか？

いいえ

はい (_____)

(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。診察時にお見せください)

(3) ご家族に同じ症状の方はいらっしゃいますか？

いいえ

はい (誰: _____) が (_____ 日) から

(4) 幼稚園・保育園・学校などで流行している病気はありますか？

いいえ

はい (_____) が流行

その他お知らせしたいことがありましたら、欄外にお書きください。