

問診票 (診察用)		まえかわこどもクリニック	
ふりがな		記入日	西暦 () 年 () 月 () 日
お名前		性	男 年齢 () 才 () 月 体温 () °C
		別	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(/)にご記入下さい。			
☆今日はどうされましたか？ (・診察・喘息・アレルギー・薬・低身長・夜尿・検査・書類等)			
☆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)	
・はなみず	(/)	から (鼻づまり 黄緑色 透明)	
・おうと	(/)	から 1日 () 回 (突然吐く 咳き込んで吐く)	
・げり	(/)	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)	
※ 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	
☆お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)		解熱剤は (要・不要) ・ (坐薬・飲み薬)	
海外渡航歴 (有 ・ 無)		大勢の人が集まる場所への参加 (有 ・ 無)	
ほかに相談があれば下記にご記入ください。		(保育園・幼稚園・学校等)	
()		()	

問診票 (診察用)		まえかわこどもクリニック	
ふりがな		記入日	西暦 () 年 () 月 () 日
お名前		性	男 年齢 () 才 () 月 体温 () °C
		別	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(/)にご記入下さい。			
☆今日はどうされましたか？ (・診察・喘息・アレルギー・薬・低身長・夜尿・検査・書類等)			
☆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)	
・はなみず	(/)	から (鼻づまり 黄緑色 透明)	
・おうと	(/)	から 1日 () 回 (突然吐く 咳き込んで吐く)	
・げり	(/)	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)	
※ 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	
☆お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)		解熱剤は (要・不要) ・ (坐薬・飲み薬)	
海外渡航歴 (有 ・ 無)		大勢の人が集まる場所への参加 (有 ・ 無)	
ほかに相談があれば下記にご記入ください。		(保育園・幼稚園・学校等)	
()		()	