



問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ
患者氏名

男・女 歳 ヶ月

(身長 cm 体重 kg)

★ あてはまる症状に○印をつけて記入してください ★

症 状	いつから	状 況
熱		今日の体温 ℃
咳		痰がからむ ・ から咳 ・ ゼーゼー音がする
鼻汁・鼻閉		
下痢		1日 回 (水様 ・ 泥状) 色 (白色 ・ 赤色)
嘔吐		1日 回
腹痛		
頭痛		
発疹		頭 ・ 顔 ・ 手足 ・ 全身
その他		

現在の状態

*水分摂取 (普通 ・ 悪い)

*食事摂取 (普通 ・ 悪い)

*睡 眠 (普通 ・ 悪い)

*他の病院にかかっている (はい ・ いいえ)

*他の病院で薬をもらっている (はい ・ いいえ)

*アレルギー (無 ・ 有)

有の場合、具体的に ()

(医) 松下こどもクリニック