

# みらいのこどもクリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	歳 ヶ月	体重 k g	体温 ℃
-------------	------	--------	------

【住所や電話番号に変更がある場合はご記入ください。】

住所：

電話番号：

【今日はどうされましたか？ ○をおつけください。】

いつから： \_\_\_\_\_ から 発熱 \_\_\_\_\_℃

いつから： \_\_\_\_\_ から、

咳 夜の咳込み 痰 鼻水（透明・色つき） 鼻づまり のどの痛み 頭痛 耳の痛み

腹痛 軟便 下痢 水様便 血便 便秘 嘔吐（\_\_\_\_\_回）

湿疹 発疹（顔・からだ・手・足・その他[ \_\_\_\_\_ ]）

その他 { \_\_\_\_\_ }

【アレルギーに変更がある場合はご記入ください。 : \_\_\_\_\_ 】

【最近、家族や周りの方にインフルエンザにかかれた方はおられますか？】

いない ・ いる （いつ頃： \_\_\_\_\_ どなたが： \_\_\_\_\_）

【その他相談したいことがありましたらお書き下さい。】

