問診票[2]　ID [　　]　記入日 20　年　月　日

ふりがな お子さんのお名前					男 ・ 女
おとし	才　ヶ月	体重	kg	来院時体温	℃

【今日はどうされましたか？ ○をおつけください。】

- 発熱：　℃
- はなみず（とうめい・白・黄色・みどり・その他［　］）
- はなづまり
- のどいた
- せき（かわいた・しめった・吐きそうな・ケンケン・ゼイゼイ・その他［　］）
- 嘔吐（1回・2回・3回以上）
- 下痢（水様・泥状・その他［　］）
  （茶色・黒色・黄色・白色・血便・その他［　］）
- おなかいた（全体・上部・下部・その他［　］）
- 耳痛
- 頭痛
- からだのぶつぶつ（顔・からだ・手足・その他［　］）
- その他［　］

【それはいつごろからですか？】

［　］

【今現在飲まれているお薬はありますか？】

（なし・あり［　］）

【お薬や食べ物にアレルギーはありますか？】

（なし・あり［　］）

【他に何かご相談したいことがありましたらお書きください】

＜ご記入ありがとうございました。＞

ひだこどもクリニック

209290