

問診票

ごとう小児科・成長クリニック

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 (_____ ~) 咳 (_____ ~) 鼻汁 (_____ ~)

腹痛 (_____ ~) 嘔吐 (_____ ~) 下痢 (_____ ~)

発疹(ぶつぶつ) (_____ ~) 喘鳴(ゼーゼー) (_____ ~)

その他 (_____) (_____ ~)

(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 (_____) 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。