

問 診 表

今日の日付(月 日)

cm

kg

前回(月 日)

初診 ・ 再診

診察前にご面倒ですが、次のご質問にお答えください。

ふりがな()

お名前 _____ 男 ・ 女 生年月日 S・H・R 年 月 日(オ ヶ月)

※初診、住所、電話番号変更のあった方は記入をお願いします

〒

電話1

ご住所 _____

電話2 _____

本日はどうされましたか (○をつけて下さい)

現在の体温(°C)

発熱 (なし ・ あり) _____ 日前 () °C位 機嫌 (よい ・ わるい)

咳 (なし ・ あり) _____ 日前 食欲 (あり ・ なし)

鼻水 (なし ・ あり) _____ 日前 頭痛 (なし ・ あり)

ぜいぜい (なし ・ あり) _____ 日前 腹痛 (なし ・ あり)

痰 (なし ・ あり) _____ 日前 発疹 (なし ・ あり)

喉の痛み(なし ・ あり) _____ 日前 発疹場所 ()

下痢 (なし ・ あり) _____ 日前 検査結果 ()

嘔吐 (なし ・ あり) _____ 日前

その他(既往歴、アレルギー、出生時の異常)などありましたら記入して下さい。

◆いなべこどもクリニック◆