

【診察問診票】

受診日 月 日 年齢 歳 ヶ月

お名前 (男・女) 今の体温 °C 体重 kg

【1】 おうちでの様子はどうか？ ☐ 食事・水分 (○・△・×) ☐ 睡眠 (○・×)

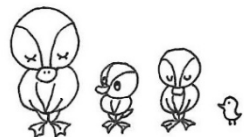
【2】 今日はどうされましたか？ ☐ にチェックをしてください。

☐ 前回のつづき

(1 ヶ月程度以内)

お薬手帳があれば
お出してください

診察までは飲食
せずにお待ちください



☐ 今回初めてのご相談

☐ 発熱 (最高 °C)

☐ 鼻水

☐ 咳 (痰がらみ・から咳・ゼーゼー)

☐ おう吐 (最終おう吐 / 時頃)

☐ 下痢

☐ 痛み (頭・お腹・のど・その他)

☐ その他

上記の症状はいつからですか？

()