

# 問診票（再診）

診察時の参考にしますのでご記入下さい  
(該当する項目に○をつけてください。)

お名前

男・女

生年月日 平成 年 月 日 ( ) 才

現在の体重 ( ) kg 来院時のお熱 ( )℃

1 今日はお子さんにどのような心配があって来院されましたか。  
症状に○をつけて下さい。

- 発熱 (          )℃
- 咳
- 鼻水・鼻づまり
- 腹痛
- 嘔吐
- 下痢
- 頭痛
- 発疹
- 湿疹
- 前回の続き
- 同じ薬が欲しい
- その他

3 今、服用されているお薬はありますか？

2 その症状はいつごろからですか。

4 身体に合わない薬や、食べ物がありましたらお書き下さい。

☆ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら、お呼びいたしますのでお待ち下さい。

☆麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜなどの疑いのある方は受付までお申し出ください。



にしむらこどもクリニック