問　診　表

ﾌﾘｶﾞﾅ お名前　　様　（男・女）	生年月日　S　H　年　月　日 歳　ヵ月
〒 ご住所	お電話番号 携帯電話

※住所・電話番号は以前受診された時から変更があればご記入ください。

☆来院時の体温＿＿＿＿℃　体重＿＿＿＿kg　身長＿＿＿＿cm

☆本日の症状　当てはまるものに〇をつけて下さい。

・発熱＿＿月＿＿日頃から
（最高　　℃　　時頃）

・発疹　＿＿月＿＿日頃から
（場所：　　）

・鼻水　＿＿月＿＿日頃から（透明　黄色　緑色）

・腹痛　＿＿月＿＿日頃から

・せき　＿＿月＿＿日頃から（ゼーゼー　乾いた　湿った）

・下痢　＿＿月＿＿日頃から（　回　茶色　白色　血まじり）

・頭痛　＿＿月＿＿日頃から

・嘔吐　＿＿月＿＿日頃から（　回　黄色　緑色）

・その他

（　　）

☆他院で処方されているお薬はありますか？　はい　・　いいえ

お薬手帳などお持ちでしたら、一緒にお出し下さい。

エンゼルこどもクリニック