

問診票

さの小児科医院

記入日：平成 年 月 日

※ご記入が終わりましたら、受付までお声かけください。

ふりがな 名前		男 女	生年月日 平成 年 月 日
------------	--	--------	------------------

本日はどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に✓をつけて下さい。

発熱 月 日から 最高℃

咳 月 日から たん ゼエゼエ その他()

鼻水 月 日から 透明 黄色鼻 鼻づまり

痛み 月 日から 頭 のど おなか 耳 その他()

吐く 月 日 時頃から 回

下痢 月 日から 1日 回 便に血が混ざる

発疹 月 日から 頭・顔・首 胸・おなか・背中 手足 おしり

その他の症状や質問事項

周囲に同じような症状の人がいますか？ はい ()
いいえ

現在、他の医療機関を受診していますか？ はい いいえ

現在、薬を処方されていますか？ はい (名前:)
いいえ

職員記入欄	体重	g	体温	℃
--------------	----	---	----	---