

## 問診票



氏名：ふりがな \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

体温： \_\_\_\_\_ °C 1か月以内の体重： \_\_\_\_\_ kg

本日の緊急連絡先 (携帯電話)： \_\_\_\_\_

### 本日はどうされましたか？

- ★診察 ( ①前回の続き：改善・不変・悪化 ②前回とは別の症状 ③定期受診 ④検査結果説明 )  
希望 ( いつものお薬 ・ お薬変更 ・ 検査 ・ 治癒証明書 ・ 鼻吸引 ・ その他 )

#### 前回の続きで受診の方

①前回受診後からの症状の経過についてご記入ください。

②その他症状や気になること等をご記入ください。

#### 初めての方 (前回と別の症状で受診の方)

①症状がある項目全てに○をつけてください。

発熱 ( \_\_\_\_\_ °C ) ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 肌の発疹

嘔吐 (1日 \_\_\_\_\_ 回程度) ・ 下痢 (1日 \_\_\_\_\_ 回程度) ・ 腹痛 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

②いつからどのような症状があるかをご記入ください。

③周囲で流行している感染症があればご記入ください。(病名： \_\_\_\_\_ )

### 当院以外での受診があればご記入ください

①すでに診断を受けている病名はありますか？ (病名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_ 頃から)

②他院で処方されているお薬はありますか？ ( ある ・ ない )

### 他に何か気になることはありますか？



もしもしキッズクリニック  
moshi moshi kids clinic