問　診　票

年　月　日

フリガナ お名前		年齢	歳　　ヶ月
体温	℃	体重	kg

いつからどのような症状がありますか？

★いつから：

□発熱　　□嘔吐
□咳　　□下痢
□鼻水・鼻づまり　　□腹痛
□のどの痛み　　□発疹（ぶつぶつ）
□ゼーゼー　ヒューヒュー　　□耳のはれ・痛み
□その他（　　）

その症状に対して何かお薬を飲んでいますか？

あり（　　）　　なし

まわりで流行っている病気はありますか？

あり（　　）　　なし

他に継続して治療中の病気はありますか？

あり（病名：　　）　　なし

食物・薬剤のアレルギーはありますか？

あり（　　）　　なし

お薬についてご希望がある方は、チェックをお願いします。

お薬が処方される場合、　□シロップ　□粉薬　□錠剤
解熱剤処方は、　□坐薬　□粉薬　□錠剤
ご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。

その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。

斉藤こどもクリニック