

小岩駅北口クリニック 小児科

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

____ 歳 ____ ヶ月 性別 男 ・ 女 体重 ____ kg 現在の体温 ____ °C

本日はどのような症状で来院されましたか？ 当てはまる項目に✓をつけてください。

発熱 ____ 月 ____ 日から 最高 ____ °C

発疹 ____ 月 ____ 日から

頭・顔 首 胸・お腹・背中 手・足 おしり

吐く ____ 月 ____ 日 ____ 時頃から ____ 回

痛み ※ 頭 喉 お腹 耳 その他 (_____)

咳 鼻水

下痢 ※ 便持参 あり・なし

その他の症状

 学校や家族内で感染症はありましたか？ なし・あり (_____)

アレルギーはありますか？ なし・あり (_____)

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 いいえ

※ はいの方は、お薬手帳を提出して下さい

【スタッフ記入欄】

| 処方 | 処置 | 紹介状 | C D |
|-----|-----------|-------|---------|
| 有 無 | 吸入・鼻吸い・浣腸 | 当日 後日 | 発注済 渡し済 |