

問診表

モザイクこどもクリニック

ふりがな 氏名		男 女	生年 月日	H R	年	月	日	(歳)	ヶ月)
来院時体温	. °C	体重	kg								
本日来院された症状で当てはまるものがあれば□に☑をつけてください										★お薬の希望 粉薬・シロップ・錠剤 ★解熱剤の処方 不要・要(飲み薬・坐薬)	
<input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 喘鳴(ゼイゼイ) <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肌のぶつぶつ <input type="checkbox"/> 肌荒れ・乾燥 <input type="checkbox"/> いつもの薬 <input type="checkbox"/> 前回の続き											
その他											
現在 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校に通っている / 通っていない 施設名:											

- (Ns使用欄)
- 皮膚症状
 - 汗疹様
 - アレルギー様
 - じんましん様
 - 虫刺様
 - 膨疹
 - 丘疹
 - 紫斑
 - 水痘様
 - いつもの薬

