

問診表(初診用)

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	ヵ月)																																																																		
住所	〒																																																																											
電話番号	()			()																																																																								
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																																																																												
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> けいれん</td> <td><input type="checkbox"/> 発熱</td> <td><input type="checkbox"/> 咳・痰</td> <td><input type="checkbox"/> 鼻水</td> <td colspan="7">★お薬の希望</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 呼吸苦</td> <td><input type="checkbox"/> 喘鳴(ゼイゼイ)</td> <td><input type="checkbox"/> のどの痛み</td> <td><input type="checkbox"/> 鼻づまり</td> <td colspan="7">粉薬・シロップ・錠剤</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 転落</td> <td><input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐</td> <td><input type="checkbox"/> 下痢</td> <td><input type="checkbox"/> 腹痛</td> <td colspan="7">★解熱剤の処方</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血便</td> <td><input type="checkbox"/> 便秘</td> <td><input type="checkbox"/> 頭痛</td> <td></td> <td colspan="7">不要・要(飲み薬・坐薬)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肌のぶつぶつ</td> <td><input type="checkbox"/> 肌荒れ・乾燥</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> いつもの薬</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 前回の続き</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳・痰	<input type="checkbox"/> 鼻水	★お薬の希望							<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	粉薬・シロップ・錠剤							<input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 腹痛	★解熱剤の処方							<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 頭痛		不要・要(飲み薬・坐薬)							<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							
<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳・痰	<input type="checkbox"/> 鼻水	★お薬の希望																																																																								
<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	粉薬・シロップ・錠剤																																																																								
<input type="checkbox"/> 転落	<input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 腹痛	★解熱剤の処方																																																																								
<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 頭痛		不要・要(飲み薬・坐薬)																																																																								
<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

