

# 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								
(Ns使用欄) 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 汗疹様 <input type="checkbox"/> アレルギー様 <input type="checkbox"/> じんましん様 <input type="checkbox"/> 虫刺様 <input type="checkbox"/> 膨疹 <input type="checkbox"/> 丘疹 <input type="checkbox"/> 紫斑  <input type="checkbox"/> 水痘様 <input type="checkbox"/> いつもの薬											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  <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	★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)
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:												

