

問診票

ふりがな
氏名

生年月日 ^S/_H 年 月 日 (歳)

来院時体温 . 度 体重 kg 男・女

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

発疹 発熱 咳 鼻水

息が苦しそう 喘鳴(ゼイゼイ)

吐き気 嘔吐 下痢 腹痛

血便 便秘

痙攣 頭痛 頸部痛

その他の痛み()

その他の相談()

現在 保育園 幼稚園 小学校 中学・高校 に通っている／通っていない

(差し支えなければ通っている施設名を:)