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　　.　℃	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

□肌のぶつぶつ　□発熱　□咳　□鼻水
□息が苦しそう　□喘鳴（ゼイゼイ）　□のどの痛み
□吐き気　□嘔吐　□下痢　□腹痛
□血便　□便秘
□けいれん　□頭痛

その他の痛み	
その他の相談	

★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）

★インフルエンザ検査は希望

する ・ しない

（発熱後12時間たってからの検査をお勧めしております）

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（任意）: