

問診票

|                 |          |    |    |
|-----------------|----------|----|----|
| お名前             | 男・女      | 体温 | ℃  |
| 才 ヶ月 ( 年 月 日生れ) | 就園児・未就園児 | 体重 | kg |

◎本日の受診目的は 1~6 のうちどれですか？

- 1.診察 当てはまる児の症状に○をご記入ください。 ( いつから? )
- ・発熱 ( )
  - ・咳 ( )
  - ・鼻水 ( )
  - ・発疹 他皮膚症状 ( )
  - ・のどの痛み ( )
  - ・腹痛 ( )
  - ・嘔吐 回/日 ( )
  - ・下痢 回/日 ( )
  - ・便秘 ( )

2.診察の再診

3.アレルギー検査希望

4.溶連菌感染後の尿検査目的

5.紹介状 又は 登校/登園許可証 をとりに

6.検査結果を聞きに

7.その他 【 】

◎現在の児の状態について

○をご記入ください。

- ・水分摂取 ( 可 ・ 不可 )
- ・食欲 ( 有 ・ 無 )
- ・睡眠 (とれる ・ 眠れない)
- ・周囲に同症状の方がいますか？ (いる ・ いない)
- ・現在、内服中の薬はありますか？ (有 - ・ 無 )

