



# 問 診 票



再診用

令和 年 月 日

(ふりがな)  
おなまえ： \_\_\_\_\_ 生年月日：平成・令和 年 月 日 ( 才 ヶ月)

体重： \_\_\_\_\_ kg 身長： \_\_\_\_\_ cm 体温： \_\_\_\_\_ °C

住所：〒 \_\_\_\_\_ 自宅TEL： \_\_\_\_\_

保護者携帯： \_\_\_\_\_ ※住所、TELに変更がある場合記載してください

●記入者：母親・父親・祖父母・その他 ( \_\_\_\_\_ )

●本日はどうされましたか？ 該当するものに☑をしてください

発熱 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_°C → 解熱剤使用 あり (最終使用時刻 \_\_\_\_\_) ・ なし

鼻水 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日～ 咳 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日～ (痰がらみ・から咳・ゼイゼイ)

嘔吐 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_ 1日 回くらい 下痢 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日～ \_\_\_\_\_ 1日 回くらい

腹痛 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日～ 発疹(ぶつぶつ) \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時頃～ 部位 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

●水分摂取 (普段通り・やや少ない・少ない) ●食欲・ミルク摂取 (普段通り・やや少ない・少ない)

●睡眠 (普段通り・やや浅い・眠れない) ●機嫌・元気 (普段通り・少し悪い・悪い)

●おしっこ (多い・普段通り・少ない)

●ご家族や周囲 (学校や保育園など) で、はやっている病気はありますか？

なし あり → 病名 \_\_\_\_\_

●現在使っているお薬はありますか？

なし あり → お薬手帳を添えるか、お薬の名前をご記入ください

※1日の希望内服回数 3回 2回 希望無し

(お薬の種類によってはご希望に添えられない場合があります)

●おおくぼこどもクリニックからお知らせ●

ご記入ありがとうございました。



おおくぼこどもクリニック

Ver.1.0