



～ 問 診 票 ～

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____

年齢(月齢)

才

ヶ月

身長(

cm)

体重(

kg)

体温(

度)

1, 久しぶりの受診の方 (前回から2週間以上の方)

発熱 咳 鼻汁 ゼーゼー 嘔吐 下痢 腹痛 湿疹

その他(_____)

・具体的にお書きください。(いつから、どの場所が、どのくらい、今飲んでいるお薬 など)

2, 最近受診(前回から2週間未満の方)、定期受診の方

前回と比べて(増悪傾向 横ばい 改善傾向)

3, 周囲で流行している感染症などがありますか

4, その他気になる点があればご記入ください。

