

小児科 問診票

・名前(ひらがなでお書きください)

_____ 男 女

愛称 ()

・年齢 歳 か月

・体温 °C

※こちらで計測します
身長 cm
体重 kg

・今日はどうされましたか？

発熱 鼻水 鼻つまり くしゃみ 咳 ぜーぜー 咳き込んで嘔吐

のどが痛い 吐気 嘔吐(回/日) 下痢(回/日) 軟便 腹痛

便秘(日) 発疹・湿疹 かゆみ カサカサ めやに 頭痛

検査結果 治癒証明などの書類希望 その他()

・いつからですか？

幼稚園 ・ 保育園 ・ 学校

園 ・ 学校 年 組

ご兄弟(ひらがなでご記入ください)

お名前 _____ 男 女 (歳)

お名前 _____ 男 女 (歳)

お名前 _____ 男 女 (歳)