



きっとスマイルこどもクリニック

Kitto Smile Kodomo Clinic

問診票

ふりがな
お名前 _____ (男・女) 今日
体温 _____ °C

歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg

◆通園通学をされていますか？								
<input type="checkbox"/> 通園未 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他 ()								
◆一緒にいらした方はどなたですか								
<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他 ()								
◆今日はどのようなことで来院されましたか								
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 前回のつづき <input type="checkbox"/> その他 ()								
◆該当する症状に○、その症状はいつからありましたか								
発熱	/	~	腹痛	/	~	発達・発育	/	~
せき	/	~	吐き気	/	~	不登校	/	~
鼻水	/	~	嘔吐	/	~	肥満・痩せ	/	~
のど痛	/	~	下痢	/	~	家庭・育児相談	/	~
頭痛	/	~	便秘	/	~	その他		
耳痛	/	~	夜尿	/	~			
けが	/	~	湿疹	/	~			
◆水分摂取		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		◆排尿		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
◆食欲		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良						
◆発熱の経過があればご記入下さい。								
月	日	AM/PM	時頃	°C				
月	日	AM/PM	時頃	°C				
月	日	AM/PM	時頃	°C				
◆先生に伝えたいことがありましたらご自由にお書き下さい。								

きっとスマイルこどもクリニック