



問診票

ふりがな
お名前 スマイル たろう (男・女) 今日
体温 38.5 °C
歳 8 ヶ月 体重 9.5 kg

| | | | | | |
|--|---|---------|-------|---------|---|
| ◆通園通学をされていますか？ | | | | | |
| <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 | 7/1 ~ | 腹痛 | / ~ | 発達・発育 | / ~ |
| せき | 7/1 ~ | 吐き気 | / ~ | 不登校 | / ~ |
| 鼻水 | / ~ | 嘔吐 | / ~ | 肥満・痩せ | / ~ |
| のど痛 | / ~ | 下痢 | 7/1 ~ | 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 checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 | | | ◆排尿 | <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 |
| ◆食欲 | <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 | | | | |
| ◆発熱の経過があればご記入下さい。 | | | | | |
| 7月 | 1日 | (AM)PM | 9時頃 | 37.2 °C | |
| 7月 | 1日 | AM/(PM) | 5時頃 | 37.5 °C | |
| 7月 | 2日 | (AM)PM | 9時頃 | 38.1 °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