

記入日 西暦 年 月 日

問診票

プライムツリーこどもクリニック

ふりがな	年齢
お名前 男 女	歳 ヶ月

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

本日はどうされましたか？

- 発熱 (いつから 月 日 時頃～ °C)
解熱剤 なし あり(時頃)
- 咳 鼻水 ゼイゼイしている
- 嘔吐 (いつから 月 日～) 回数 (1日 回ぐらい)
最後の嘔吐 時頃)
- 下痢 (いつから 月 日～) 回数 (1日 回ぐらい)
便のかたち (軟 泥状 水様)
便のいろ (黄茶色 白色 緑色 血液が混じる)
- 腹痛
- 首を痛がる 目が充血している
- 発疹がある
- その他

- ◎水分摂取 いつも通り やや少ない 少ない
- ◎食事摂取 いつも通り やや少ない 少ない
- ◎排尿 いつも通り やや少ない 少ない
- ◎睡眠 いつも通り やや浅い 眠れてない
- ◎ご家族・学校・幼稚園・保育園等で体調不良の方はいますか？
なし あり(
- ◎現在内服等されているお薬はありますか？
ない ある (他院の処方についてはお薬手帳を見せてください)

◎その他、医師に相談したいことがありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

