

おりつこどもクリニック 問診票

平成 年 月 日

ふりがな お名前	
	男 女

※当院の診察券をお持ちでない方は、以下の記入もお願いいたします。

生年月日	平成・昭和 年 月 日 (歳)
住所	〒 -
電話	()

- 受診時の体温：() °C
- 今日はどうされましたか？（当てはまるものに○をつけてください）
 - ・熱 ・鼻水 ・咳 ・腹痛 ・嘔吐 ・下痢 ・皮膚の異常
 - ・その他 ()
- 家での状況について教えてください
 - ・熱：() °C はかっていない
 - ・水分摂取：ほぼいつもどおり 少し少なめ ほとんど取れていない
 - ・最後のおしっこ：() 時頃 わからない
 - ・最近の体重：() kg
- お子さんについて教えてください
 - ・定期的にかかっている病気がありますか？
ない ある ()
 - ・毎日何かの薬を服用していますか？
ない ある ()
 - ・薬や食べ物でアレルギーがありますか？
ない ある ()
 - ・集団生活（保育園・幼稚園・小学校など）をしていますか？
いない いる（園/学校名：)
- 他にご心配なことがありましたらご記入ください

当院では、診察のお呼び出しはお名前で行っております。

お声がけについてご希望がございましたら、受付でお申し出ください。