

# おりつこどもクリニック 問診票

令和 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	昭和・平成・令和 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。