

月 日

問診票

むくろじ小児科

ふりがな

お名前 _____ 男 女 年齢 _____

体重 _____ kg 体温 _____ °C

- 1 : はじめての方 2 : 他の家族の診察券はあるが本人は初めての方 3 : 連絡先に変更のある方 (該当する番号に○をしてください) はご連絡先の記入をお願いします。
ご住所 〒 _____

日中ご連絡可能な電話番号 _____ (母・父携帯 ・ 自宅)

※ 携帯 E-mail : 診察券をお持ちの方は、診察受付システムをご利用いただけます。登録に不安のある場合は受付スタッフにお声がけください。

1. どのようなことで来られましたか？あてはまるものに○をしてください。

熱 せき 鼻水 頭痛 のどの痛み 嘔吐・下痢 腹痛 血便
発疹 湿疹 ひきつけ その他 _____

前回の続きで、さらに具合が悪い・他の症状もでた際は5に記入をお願いします。

2. その症状はいつから始まりましたか？

3. すでにお薬を飲んだりしていますか？あてはまる方に○をしてください。

いいえ はい

4. 家族・園・学校に同じ症状の人がいますか？

いない いる

5. 今日の様子についてあてはまる方に○をしてください。

元 気	あ る	な い
機 嫌	良 い	悪 い
食 欲	あ る	な い
睡 眠	とれる	とれない
せ き	な い	あ る
ゼイゼイ	な い	あ る
鼻 水	な い	あ る
吐気嘔吐	な い	あ る
おしっこ	普 通	少ない
排 便	普 通	下 痢
腹 痛	な い	あ る
発 疹	な い	あ る



便秘

ご協力ありがとうございました