

全身に発疹が出ている方、はしか、みずぼうそう、おたふくかぜの疑いがある方はお申し出ください。
お子様の状態や診察状況により順番が前後したり待ち時間が長くなる場合がございます。ご了承ください。

桃山こどもクリニック問診票（再診用） 平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ (男 ・ 女)

生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳 カ月

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

現在の状態について

- ☆食欲 ある あまりない ない
☆水分 飲める 少し 飲めない
☆機嫌・活気 良い まあまあ 悪い
☆尿量 いつも通り 少ない (最終排尿は _____ 日の _____ 時頃)

受診理由 (※院長の指示で来院された方や、定期受診の方は記載不要です)

発熱 _____ 月 _____ 日 ~ _____ °C (最高 _____ °C)

※解熱剤の最終使用： _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

咳 喘鳴 鼻水 嘔吐 下痢 便秘 腹痛 発疹

その他

(_____)

☆当院以外で現在または最近まで使用していたお薬はありますか？

なし

あり (病院名： _____ お薬名： _____)

☆診察前に医師・看護師に伝えたいことがありましたらご記入ください。

上記内容は診療を円滑に進める目的にのみ使用させていただきます。

桃山こどもクリニック