



こどもクリニック まえの

# 問 診 票

(本日の体調)

記入日 平成 年 月 日

お名前

主な症状に○印をつけて、いつから、どのような様子が記入してください。

症 状	いつから	様 子
熱		最高 ℃
咳		ゼーゼー (有・無)
鼻汁		
嘔吐		1日 回
下痢		1日 回 色 (黄色・白色・血が混ざる)
腹痛		
発疹		
その他		

現在の状態 水分摂取 (ふつう・悪い)  
食事摂取 (ふつう・悪い)  
他院にかかっている (はい・いいえ)

園や学校で流行している病気がある (はい・いいえ)

【それは何ですか？

】