

問 診 表 (記入日 月 日) 小兒科医院

ふりがな お名前	男 女	西暦 (年齢)	年	月	日
体重	kg	今の体温	°C		
() 保育園・幼稚園・小学校・中学校					

◇ 今日はどうされました？（症状に○をつけてください）

発熱（　月　　日から最高　　°C）　食欲がない　体がだるい

頭が痛い　のどが痛い　咳（コンコン、ゲホゲホ、ケンケン）　ゼーゼー

鼻水（水様・粘性） 鼻閉 目やに 耳が痛い（右・左） 腹痛

嘔氣・嘔吐 下痢（色は？） 便秘（ 　　日目）

発疹（顔・頭・体・手足・全身）

その他

◇ ご家族・お友達で具合が悪い方、園や学校で流行している病気がありますか？

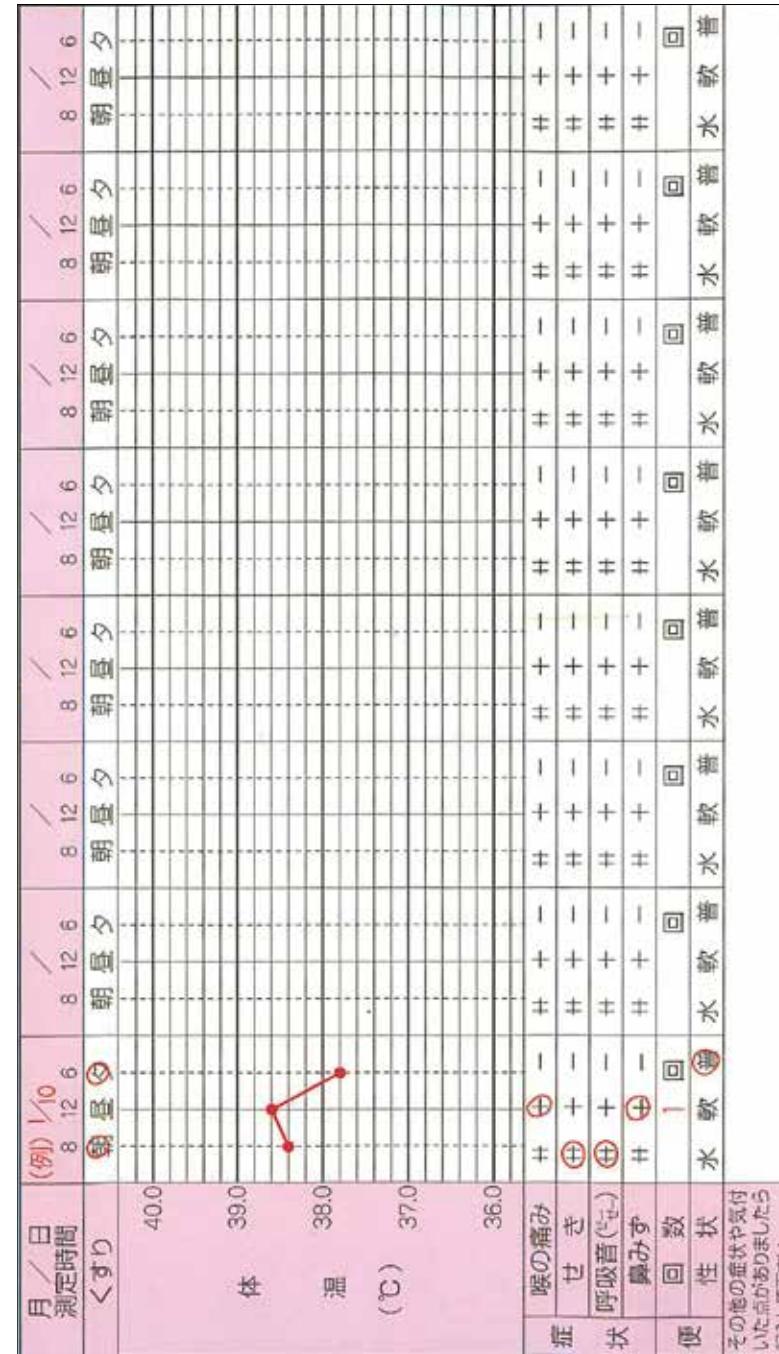
◇ お薬や食物のアレルギーはありますか？ ない • ある

◇ 現在 飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある

△ お薬の希望はありますか? シロップ 粉薬 錠剤 特になし

記載してお持ち下さい。診察がスムーズに進みます。

熱の経過表＆症状観察記録



- おくすりを飲んだら○をつけて下さい。
- 体温は最低でも朝・昼・夕・寝る前に図って下さい。
- 症状、便については該当する項目に○をつけて下さい。
- ++ : 強い + : 弱い : なし
- 水 : 水のような便 軟らかく形のない便 普 : 正常な便