



# 問 診 表

記入日 年 月 日

フリガナ  
患者氏名

男・女 歳 ヶ月

(身長 cm/体重 kg)

★あてはまる症状に○印をつけて記入してください★

症状	いつから	状 況
熱		今日の体温 ℃
咳		痰がからむ・から咳・ゼーゼー音がする
鼻汁・鼻閉		
下痢		1日 回 (水様・泥状) 色 (白色・赤色)
嘔吐		1日 回
腹痛		
頭痛		
発疹		頭・顔・手足・全身
その他		

現在の状態

※水分摂取 (普通・悪い)

※食事摂取 (普通・悪い)

※睡眠 (普通・悪い)

※他院にかかっている (はい・いいえ)

※他院で薬をもらっている (いいえ・はい)

はいの場合 ([薬の名前])

※アレルギー (無・有)

有の場合、具体的に( )

医療法人 ふじかわ小児科

FUJIKAWA CHILDREN'S CLINIC