

# 問診表

ふりがな  
患者氏名

男・女

歳

今日の体温      °C

体 重                      kg

熱	なし・ある	日前から                      °C台
咳	なし・ある	日前から
鼻 汁	なし・ある	日前から
下 痢	なし・ある	日前から
嘔 吐	なし・ある	日前から
腹 痛	なし・ある	日前から
発 疹	なし・ある	日前から
食 事	とれる・とれない	
水 分	とれる・とれない	
睡 眠	とれる・とれない	
薬・食物アレルギー	なし・ある    卵・牛乳・小麦・薬（                      ）	
その他症状があれば 書いてください		

初診の方のみ記入してください。

出生時体重                      g

出生時異常                      ある・なし



ちほこどもクリニック