

さくらやま小児科クリニック問診票(再診)

呼出番号

ふりがな

氏名

年齢

歳

ヶ月

体重

kg

※今日はどうなさいましたか？

該当症状を○で囲み、隣の欄にいつから症状が出ているかご記入ください。

発熱	_____℃	腹痛	
咳		嘔吐	
鼻水		下痢	
咽頭痛		発疹 どこに？どんな？	
頭痛			
その他			

・食品・薬のアレルギーはありますか？（ない・ある→ _____）

・現在服用中のお薬はありますか？（ない・ある→ _____）

※以下は該当される方のみご記入ください。

・処方（シロップ・粉末・錠剤・坐薬）を希望 *薬の種類によってはご希望に添えない場合もあります。

・保育園通園中で処方1日2回を希望。（はい・いいえ） *抗生剤など1日2回にできない場合もあります。

・その他ご相談があればご記入ください。