

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 来院時体温 °C

※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 (37.5℃以上)	月 日 時～	腹痛	
コロナウイルス検査実施	有 (日 時) 無	嘔吐	
咳		下痢	
鼻水		発疹	
咽頭痛		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は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。