

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°C以上)	月 日 時~	腹痛	
感染症検査実施有無	無・有 ()	嘔吐	
咳		下痢	
鼻汁		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。

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