問　診　票　　月　日

フリガナ	男	年令	今の体温　℃
お名前	女	才	今の体重　kg

★今の症状に〇をつけてください

1．熱が高い（最高　　℃）

2．せき

3．ゼーゼー・ヒューヒュー

4．鼻みず　　5．鼻づまり　　6．くしゃみ

7．下痢（1日　　回）

8．便秘

9．吐く（1日　　回）

10. お腹が痛い

11. 頭が痛い　12. のどが痛い

13. 発疹（　　）

14. 食欲（いつも通り　まあまあ　良くない）

15. 機嫌（いつも通り　まあまあ　良くない）

16. その他（　　）

※熱さましは必要ですか　のみ薬(頓服)（はい・いいえ）
坐　薬　（はい・いいえ）

とまこまいこどもクリニック　TEL (0144)33-1050
アイチケット URL　http://paa.jp/t/136501/