

小児科問診票

しおはら小児科・皮膚科クリニック

		受診日		年	月	日
ふりがな お名前		生年月日(西暦)	年齢	才	男	女
		年	月	日	体重	kg
ご住所	〒			携帯		
園・学校名		当院患者番号				

薬や食品などでアレルギーがあれば、ご記載ください。

1. 主な症状に○印と、症状が始まった日をご記載ください。

発熱 月 日から

発疹 月 日から

咳 月 日から

鼻症状 月 日から

下痢 月 日から

嘔吐 月 日から

腹痛 月 日から

その他の症状

伝えたい病状など自由にご記載ください。

月 日から

月 日から

月 日から

2. 発疹や症状はどこのでしょうか？

右の図で発疹や症状のある部分すべてに印をつけてください。

3. 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？

- ・いいえ
- ・はい：医療機関名；

4. 現在服用している処方薬・市販薬がありますか？

- ・いいえ
- ・はい

