

受診時間診票

ふりがな
お名前 _____ (男・女)
_____ 歳 _____ カ月 体重 _____ kg

・本日の体温 _____ °C 来院時の体温 _____ °C

・本日はどのような理由(症状、相談 etc.)で来院されましたか。番号に○をお願いします。

1. 発熱
2. 咳
3. 鼻水
4. 発疹
5. 下痢
6. 嘔吐
7. 腹痛
8. 頭痛
9. 前回の続き
10. 薬希望
11. 鼻汁吸引希望

(その他、ご相談 _____)

・それはいつからですか

(番号: _____ 今朝、昨日、 _____ 前から)

(番号: _____ 今朝、昨日、 _____ 前から)

(番号: _____ 今朝、昨日、 _____ 前から)

周りに同じ症状の方がいますか(家族、お友達、なし)



ふじさわこどもクリニック

小児科 アレルギー科