

## <問 診 票>

記入日： 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： 年 月 日( 歳)

① 今日はどうしましたか？当てはまる症状に○を付けて下さい。

発熱 咳 鼻汁 下痢 嘔吐 吐気 便秘 腹痛 咽頭痛 頭痛 発疹  
その他の症状( )

② 今の体温は何度ですか？ (       °C)【最高       °C】

③ 今の体重は何kgですか？ (       kg)(16歳未満の方)

※体重が分からなければ測定しますので、声をかけてください。

④ その他、気になることがありましたらお書き下さい。

☆ご記入ありがとうございました。

スタッフが伺いますので、こちらの間診票はお手元にお持ちください。

こどもクリニック 中山医院