



みなくちこどもクリニック 問診票（再診用）

記入日： 年 月 日

ふりがな		体重	身長	体温
お名前	(男・女)	kg	cm	°C

1-①.今日はどのような症状がありますか？ 当てはまるものに○をつけてください。

発熱 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 嘔吐 下痢 頭痛 発疹
その他 ()

1-②.症状はいつからですか？ (経過などをご記入ください)

1-③.周囲(ご家族や園、学校)で同様の症状の方がいたり、感染症が流行していたりしますか？

2.現在使っている薬があればご記入ください。

3.前回受診から住所・電話番号など何か変更点などがあればご記入ください。