



生協こどもクリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな			
お名前		(男 ・ 女)	年齢 歳 力月
現在の体温	℃	体重	kg () 保育園、幼稚園、小学校、中学校

■今日はどのようなことで来院されましたか？(○をつけて、かっこ内にいつから始まったか記載してください)

- ・咳 ゼーゼー ()
- ・発疹 ()
- ・鼻水 鼻づまり ()
- ・定期処方(種類:)
- ・のどの痛み ()
- ・登園登校許可証
- ・腹痛 ()
- ・病児病後児保育 医師連絡票
- ・嘔吐 ()
- ・その他 ()
- ・下痢 ()
- ・発熱 (分かる範囲で下の表に記載してください)

℃	朝 / 昼 / 夕			朝 / 昼 / 夕			朝 / 昼 / 夕			朝 / 昼 / 夕			朝 / 昼 / 夕		
40.0															
39.0															
38.0															
37.0															
36.0															

■お薬ついてご希望はありますか？

- ・飲み薬 (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤/カプセル)
- ・解熱剤 いる (座薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤) / いない

■現在、保育園、幼稚園、小・中学校、近所、家族内で流行している病気はありますか？

- ない
- ある ()
- わからない

■食品や薬でアレルギー症状 (じんましんなど) が出たことがありますか？

- ない
- ある (卵 牛乳 小麦) その他 ()

■現在、治療中の病気はありますか？

- ない
- ある (病名 受診医療機関)

※現在使っているお薬がある方は、お薬手帳をご用意ください。

※記入が終わりましたら受付にご提出ください。ご記入ありがとうございました。

