



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 (分かる範囲で下に記載してください)

℃	月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
	40.0											
39.0												
38.0												
37.0												
36.0												

■お薬についてご希望はありますか？(○をつけてください)

内服薬の種類 → (なんでもよい シロップ 粉薬 錠剤/カプセル)

解熱鎮痛剤 → (いらぬい 座薬 シロップ 粉薬 錠剤)

■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 → 内容 ()

■現在、治療中の病気はありますか？

・ない ・ある → 病名 () 病院 ()

■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 → 病名 ()

※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。ご協力ありがとうございました。

