

問 診 票

なまえ		年 齢	歳	ヶ月
体 温	. °C		体 重	k g
今日はどうされましたか？				
<input type="checkbox"/> 診察				
<input type="checkbox"/> 検査結果説明 [アルギ - ・脳波・MRI・その他()]				
<input type="checkbox"/> 定期通院 [薬・検査・その他()]				
診察の方は、いつからどういう症状がありますか？				
<input type="checkbox"/> 発熱	日目	<input type="checkbox"/> 嘔吐	から	回
<input type="checkbox"/> 咳	日目	<input type="checkbox"/> 下痢	から	回
<input type="checkbox"/> 鼻水	日目	<input type="checkbox"/> 腹痛	から	
<input type="checkbox"/> ぜーぜー	日目	<input type="checkbox"/> 発疹(ぶつぶつ)	()	
<input type="checkbox"/> 耳の下のはれ		<input type="checkbox"/> その他	()	
その症状で医療機関(病院・診療所など)を受診しましたか？ (はい・いいえ)				
なんと診断されましたか？ ()				
現在内服中の薬はありますか？ ()				
家族や園・学校に具合の悪い方はいますか？ (はい・いいえ)				
それはどなたで、どんな症状ですか？ ()				
薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ()				
もうかかったもの、予防接種済のものに○を付けてください。 BCG 三種混合 (回済) ポリオ 麻疹 風疹 おたふく 水痘				
その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。				

HP用

PL病院 小児科

問 診 票

なまえ		年 齢	歳	ヶ月
体 温	. °C		体 重	k g
今日はどうされましたか？				
<input type="checkbox"/> 診察				
<input type="checkbox"/> 検査結果説明 [アルギ - ・脳波・MRI・その他()]				
<input type="checkbox"/> 定期通院 [薬・検査・その他()]				
診察の方は、いつからどういう症状がありますか？				
<input type="checkbox"/> 発熱	日目	<input type="checkbox"/> 嘔吐	から	回
<input type="checkbox"/> 咳	日目	<input type="checkbox"/> 下痢	から	回
<input type="checkbox"/> 鼻水	日目	<input type="checkbox"/> 腹痛	から	
<input type="checkbox"/> ぜーぜー	日目	<input type="checkbox"/> 発疹(ぶつぶつ)	()	
<input type="checkbox"/> 耳の下のはれ		<input type="checkbox"/> その他	()	
その症状で医療機関(病院・診療所など)を受診しましたか？ (はい・いいえ)				
なんと診断されましたか？ ()				
現在内服中の薬はありますか？ ()				
家族や園・学校に具合の悪い方はいますか？ (はい・いいえ)				
それはどなたで、どんな症状ですか？ ()				
薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ()				
もうかかったもの、予防接種済のものに○を付けてください。 BCG 三種混合 (回済) ポリオ 麻疹 風疹 おたふく 水痘				
その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。				

HP用

PL病院 小児科