

フリガナ		男 生年月日 年 月 日 (才) 女
お名前		
ご住所	〒	Tel ( ) —

なかもとキッズクリニック 再診問診票

年 月 日

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg      熱 \_\_\_\_\_ °C

- ① どのような症状で来院されましたか。○をつけてください。  
 発熱    咳    鼻水    鼻づまり    のどが痛い    頭が痛い    お腹がはる  
 気もちが悪い    嘔吐    下痢    腹痛    うんちが出ていない  
 その他( \_\_\_\_\_ )
- ② その症状はいつ頃からありますか。  
 ・( \_\_\_\_\_ )は( \_\_\_\_\_ )から  
 ・( \_\_\_\_\_ )は( \_\_\_\_\_ )から
- ③ まわりで何か流行っている感染症はありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ④ 上記②の症状以前になにか気付かれたことなどありましたか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑤ 今までに入院されたり、他院で定期的に診察で診てもらっていたりするご病気はありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑥ その他、熱性けいれんなども含めて大きなご病気をされた既往はありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑦ 食物や薬でじんま疹や下痢などのアレルギー症状がでたことはありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑧ ワクチンなどや症状のことで他にあれば下に記して下さい。