

井上医院小児科問診票

お名前 _____ 年齢 () 才 () か月 体重 () kg

今日のお熱 () °C アレルギー あり・なし ()

食欲 あり・なし

いつからどのような症状がありましたか、該当項目に○をお書きください。

症状	月	日	日	日	日	日							
発熱													
咳													
鼻水													
喉の痛み													
ゼーゼー													
嘔気・嘔吐													
腹痛													
下痢													
頭痛													
ブツブツ													
アトピー													
体温の経過 (熱型表)	体温°C	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕	朝	昼	夕
	42												
	41												
	40												
	39												
	38												
	37												
	36												

・その他 ()

・御家族又は周囲 (学校) などで流行している病気があればお書きください。

()

・検査を希望されますか はい・いいえ

(血液・尿・レントゲン・インフルエンザ・アレルギー・他)