

東小金井駅前こどもクリニック

問診票（再診の方用）

平成 年 月 日.

フリガナ	
氏名	

身長：_____cm 体重：_____kg 体温：_____℃

1.本日の症状をお書きください。（該当する欄に○をつけてください）

発熱・咳・鼻水・たん・のどの痛み・発疹・頭痛・だるい

食欲がない・体重減少・腹痛・吐き気・おう吐・下痢・便秘

その症状はいつから始まりましたか？（_____頃から）

その他、具体的にお書きください。

()

2.現在、服用中のお薬があればお書きください。

()

ご協力ありがとうございました。