問 診 票

R　年　月　日

お子様の氏名　　男 ・ 女　　生年月日:　年　月　日

（　歳　ヶ月）

保育園・小学校等名（　　）

緊急連絡先TEL　－　－　（父職場・父携帯・母職場・母携帯・その他）

お迎えの時間　:　頃　お迎えの方（父・母・その他:名前　（　　）

受診した病院

体温	平熱:　℃ 昨夜:　℃ 今朝:　℃ ★解熱剤の使用:無　有（時間　:　）	熱性けいれん	無　有 回数: 最終:　年　月　日
鼻水	多い　少ない　ない	喘息	無　有
咳	多い　少ない　ない	アレルギー	無　有
呼吸	普通　ゼイゼイ　その他	食事制限	無　有 食品名（　　）
嘔吐	前日/今朝　無　有（回数　）		
便	無　普通　軟便　水様便	入院歴	無　有
尿の回数	通常と変わらない　少ない（　回）	投薬依頼	
食欲 （夕食） （朝食）	 ある　普通　少ない　ない ある　普通　少ない　ない 食べた物（　）	薬の剤型 飲ませ方	・粉薬　包　・水薬　本 ・錠剤　個　・塗り薬　個 そのまま　溶かす　練る　スポイト
水分	とれている　とれていない	その他（伝えたいことがあればご記入ください）	

こん小児科クリニック
こもれび
病児・病後児保育komorebi保育室