問 診 票

ふりがな		生年月日	
お子様のお名前		H·R 年	月 日
	(男・女)	 (才	ヶ月)
	携帯(母・父・祖母・祖父・他)携帯(対	<u>オ</u> 母・父・祖母・祖父	•他)
電話番号			
	<u>固定電話</u> (あり・なし) TEL()		
ご住所	₹ * 2	住所は、必ず記入下さ	ž ()
現在	の体重(月 日	
1 kak	とめた小なものようよ /チルチャだ小)		
1. どのような症状がありますか (該当する症状に○をしてください) また、その症状は <u>いつ頃から出ていますか</u> ↓↓			
また、その近次は <u>v・フ頃から山てv・よりか</u> ↓↓ 発熱(°C) 頭痛			
エボ ()			
発疹→(顔・ <u>手・足・背中・おなか</u> ・その他)			
鼻水 鼻づまり のどの痛み			
咳 ぜいぜいしている 声がかすれている			
腹痛	所 嘔吐 下痢 便秘		
その他()			
長期	服用中の薬希望 低身長の相談		
2.今まで	体に合わない薬はありましたか		
また	:、お子様が飲めない薬はありますカ) <u>,</u>	
ない	ある(薬品名)	
り 温土ン>	こどの様な手術・病気をなさいました	5 4	
・ の。 可用プマル	. とりが永は一切してがななんなんさいましょ	ċ. 从⁴	

ない ある(回) 最後はいつですか(年月日)

4. ひきつけを起こしたことはありますか