



健診・予防接種・アレルギー相談

ただだこどもクリニック

記入日 ( 年 月 日 )

# 問診票 (再診用)

※必要な部分のみご記入ください

※発疹（ぶつぶつ）等があり、感染の恐れがある場合は先に受付へお伝えください。

|      |                |  |    |    |
|------|----------------|--|----|----|
|      | 体温             |  | 体重 |    |
| ふりがな |                |  |    | 男女 |
| お名前  | くん・ちゃん         |  |    |    |
| 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ヶ月 ) |  |    |    |

## 1) 本日はどうされましたか？

- 水分は飲めていますか？ (いつも通り やや少ない 少ない)  
食事はとれていますか？ (いつも通り やや少ない 少ない)  
睡眠はとれていますか？ (いつも通り やや浅い 眠れない)  
機嫌はどうですか？ (いつも通り やや悪い 悪い )  
アレルギーについて なし  
あり ( )  
飲めるお薬のかたち 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤またはカプセル ・ 分からない  
薬局への処方箋 FAX を希望 する ・ しない

当院へのご要望などあればどうぞ