

保険証返却されました

問診表 (診察用)		ともこ小児科	
ふりがな		記入日 令和 () 年 () 月 () 日	
お名前		男	年齢 (才 ヶ月) 体温 () °C
		女	身長 () cm 体重 () kg
☆わかる範囲で当てはまる症状にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 発熱	() 日前から		
<input type="checkbox"/> 咳	() 日前から	(乾いた咳・痰がらみ・ゼーゼー・ケンケン)	
<input type="checkbox"/> 鼻水	() 日前から	(鼻づまり・黄緑色・透明)	
<input type="checkbox"/> 嘔吐	() 日前から	1日 () 回	(突然吐く・咳き込んで吐く)
<input type="checkbox"/> 下痢	() 日前から	1日 () 回	(水様・泥状・血便・白色)
<input type="checkbox"/> 腹痛	() 日前から	(ずっと・ときどき)	
<input type="checkbox"/> 便秘	() 日前から	便が出ていない 元々 () 日に一回ペース	
<input type="checkbox"/> 皮膚症状	() 日前から	(頭・顔・口・おしり・手・足：水疱、乾燥)	
* 食事	() 日前から	(いつも通り・少なめ・全く取れない)	
* 水分	() 日前から	(いつも通り・少なめ・全く取れない)	
* おしっこ	() 日前から	(いつも通り・少なめ・全く出ない)	
☆お薬の希望 (粉薬・シロップ・錠剤) 解熱剤 < 要 (坐薬・飲み薬) ・不要 >			
ほかに相談したいことがあれば下記にご記入ください			