問　診　票（2回目以降用）

受信日　　年　月　日　　たけの子クリニック

フリガナ		身長	体重	体温
氏　名		cm	kg	℃

①　いつから、どのような症状がみられていますか？

いつから？（　　）

発熱（　　℃）・咳・鼻水・食欲がない・頭痛・のどの痛み・腰痛

おう吐・下痢・発疹

その他

（　　）

②　家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？　　はい・いいえ

③　学校、幼稚園、保育園などで流行っている病気はありますか？

（　　）

④　その他の質問がありましたらお書きください。

（　　）