

|         |       |              |
|---------|-------|--------------|
| 名前      | 才     | ヵ月           |
| 小児科問診票  | 体重    | kg           |
| 薬のアレルギー | ある・ない |              |
| (薬の種類:  |       | )            |
| いつから(   |       | )            |
| 体温(     | 度)    |              |
| ・咳      | ある・ない | (痰がらみ ゼーゼー)  |
| ・鼻水     | ある・ない | 鼻詰まり         |
| ・のどの痛み  | ある・ない |              |
| ・腹痛     | ある・ない | 下痢(回)        |
| ・頭痛     | ある・ない |              |
| ・吐き気    | ある・ない | 嘔吐(回)        |
| ・食事     | 少し    | 食べられる 食べられない |
| ・水分     | 飲める   | 飲めない         |