桜新町こどもクリニック　問診票

桜新町こどもクリニック

ふりがな			
お名前	男・女		
体重	kg	身長	cm
体温	℃		

1 症状に〇をつけてください

発熱　せき　鼻水　のどの痛み　吐く　腹痛　下痢　湿疹

全身倦怠感　その他（　　）

水分は…　とれる　・　とれない　　おしっこは…　でる　・　でない

食欲は…　ある　・　ない

---

2 ほかに心配なことはありますか？

---

3 身長が低いと思われたことがありますか？

はい　・　いいえ