体温　　℃　　体重　　Kg

さくらキッズクリニック　問診票（再診）

ふりがな	
お名前	
年齢	歳　　ヶ月（男・女）
学校・幼稚園など	（　　） 保育所・幼稚園・小学校・中学校
症状	いつから： どんなご様子：
使用中のお薬	なし・あり（　　）
食物・薬のアレルギー	なし・あり（　　）
流行中の感染症	なし・あり（　　）
けいれん・ひきつけを起こした事がありますか？	なし・あり（　　）
ご要望のお薬	シロップ・粉薬・錠剤 熱さまし（粉薬・坐薬） 保湿剤
予防接種の予定	1か月以内に予防接種の予定はありますか？ なし・あり（　　）
その他	