

# 小児科問診票

氏名		年齢	才	ヶ月
体温	℃	体重		kg

1. いつから、どんな症状ですか？

2. いつもに比べて、元気は？

( ある・普通・ない )

3. いつもに比べて、食欲は？

( ある・普通・ない )

4. 便の様子は？

( 普通・便秘・柔らかい・下痢 )

ありがとうございました。