

## 問診票

番号札	ふりがな お名前  番	体重  g kg
-----	----------------------	-------------------

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 前回のつづきですか？             </div>	はい →	その後どうですか？
↓ いいえ		

どんな症状ですか？

<input type="checkbox"/> 熱	→	いつから何℃で どんな経過 ですか？	
<input type="checkbox"/> 咳	→	夜起きますか？	( はい・いいえ )
<input type="checkbox"/> 鼻	→	夜起きますか？	( はい・いいえ )
<input type="checkbox"/> ゼーゼーする	→	喘息(っばい)といわれたことがありますか	( はい・いいえ )
<input type="checkbox"/> 嘔吐	→	(いつから? / から)	(何回? 回/日)
<input type="checkbox"/> 下痢	→	(いつから? / から)	(何回? 回/日)
<input type="checkbox"/> 皮膚症状	→	どんな様子?	_____
<input type="checkbox"/> 痛み	→	どこが?	_____
<input type="checkbox"/> その他	→	内容をどうぞ	_____

## 問診票

番号札	ふりがな お名前  番	体重  g kg
-----	----------------------	-------------------

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 前回のつづきですか？             </div>	はい →	その後どうですか？
↓ いいえ		

どんな症状ですか？

<input type="checkbox"/> 熱	→	いつから何℃で どんな経過 ですか？	
<input type="checkbox"/> 咳	→	夜起きますか？	( はい・いいえ )
<input type="checkbox"/> 鼻	→	夜起きますか？	( はい・いいえ )
<input type="checkbox"/> ゼーゼーする	→	喘息(っばい)といわれたことがありますか	( はい・いいえ )
<input type="checkbox"/> 嘔吐	→	(いつから? / から)	(何回? 回/日)
<input type="checkbox"/> 下痢	→	(いつから? / から)	(何回? 回/日)
<input type="checkbox"/> 皮膚症状	→	どんな様子?	_____
<input type="checkbox"/> 痛み	→	どこが?	_____
<input type="checkbox"/> その他	→	内容をどうぞ	_____