

問診票

(年 月 日)

ふりがな 氏名		男・女	年齢	歳 月
体温	度		体重	kg
アレルギー	なし・あり → 食べ物() 薬() その他()			
携帯番号				
来院理由				
<input type="checkbox"/> 発熱	月	日から	最高	度
<input type="checkbox"/> 咳	月	日から	<input type="checkbox"/> ケンケンした咳	
<input type="checkbox"/> 鼻水	月	日から		
<input type="checkbox"/> 喘鳴(ぜーぜー)	月	日から		
<input type="checkbox"/> 嘔吐	月	日から	1日	回
<input type="checkbox"/> 下痢	月	日から	1日	回
<input type="checkbox"/> 腹痛	月	日から		
<input type="checkbox"/> 頭痛	月	日から		
<input type="checkbox"/> 発疹(ぶつぶつ)	月	日から		
<input type="checkbox"/> 耳の下の腫れ	月	日から		
<input type="checkbox"/> けいれん(ひきつけ)	→ <input type="checkbox"/> 今回初めて <input type="checkbox"/> 以前もあり(回目)			
<input type="checkbox"/> その他				
食事	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> 普段より少ない	<input type="checkbox"/> とれない	
水分	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> 普段より少ない	<input type="checkbox"/> とれない	
尿回数	<input type="checkbox"/> 普段どおり	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> でない	(最終 時)
気になること、心配なこと、ご希望を教えてください。				
ご家族・お友達で具合の悪い方、その他周りで流行している病気がありますか？ いいえ・はい → ()				
今までに大きな病気や入院されたことはありますか？ いいえ・はい (病名:)				
他の医療機関で治療中ですか？ いいえ・はい (診断名:)				
現在内服中の薬はありますか？ いいえ・はい ()				
お薬の希望について教えてください。(シロップ・粉・錠剤)				
解熱剤の希望について教えてください。(坐薬・シロップ・粉・錠剤・不要)				

* 母子手帳をお持ちでしたらご準備をお願いします。

* 他院で薬を処方されている場合、お薬手帳の準備をお願いします。