

# 問診票

( 年 月 日 )

ふりがな 氏名		男・女	年齢	歳 月 日
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。