



問診票

フリガナ 氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日生

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 最近計った体重 _____ kg

本日はどうされましたか？

症状をチェック☑ し日付などの記入をお願いします。

- 発熱 ⇒ いつからですか？ _____ 月 _____ 日から 一番高い熱は _____ °C
 受診前に最後に測った熱は _____ °C (何時頃ですか？ _____)
 (続いている場合は ⇒ _____ 日の熱 _____ °C
 (その日一番高かった熱を記入) _____ 日の熱 _____ °C
 _____ 日の熱 _____ °C)

※熱さましの処方は [いらぬい・希望する ⇒ 座薬・飲み薬 (粉薬・錠剤)]

- 咳 (乾いた咳・痰が絡む咳) ⇒ いつから？ _____ から
- ゼーゼーする ⇒ いつから？ _____ から
- ノドの痛み ⇒ いつから？ _____ から
- 鼻水・鼻づまり・目やに ⇒ いつから？ _____ から
- 頭痛 ⇒ いつから？ _____ から
- 吐き気・おう吐 ⇒ いつから？ _____ から 1日に _____ 回
- 腹痛 ⇒ いつから？ _____ から
- 下痢 ⇒ いつから？ _____ から 1日 _____ 回
- 便秘 ⇒ 最終の排便日 _____
- 湿疹・発疹 ⇒ いつから？ _____ から 身体はどこに？ _____
- おむつかぶれ ⇒ いつから？ _____ から
- 口内炎 ⇒ いつから？ _____ から

上記以外の症状 ・ 医師に相談等
(_____)

※未就学のお子様について
 保育園や幼稚園には通っていますか？
 (はい・いいえ)
 はいの方、園名を記入してください。
 (_____)
 現在、周囲で流行している病気はありますか？
 (_____)

お薬はどのタイプでの処方を希望しますか？ (シロップ・粉薬・錠剤)

※他の病院に通院していますか？ (はい ・ いいえ)
 現在飲んでいる薬がありましたら薬剤名を記入してください。

おくすり手帳をお持ちの方は受付にご呈示ください
(_____)