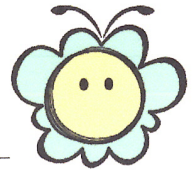


# 問 診 票

● 発疹(ぶつぶつ)や、感染する病気の可能性がある方は、スタッフへお申し出ください

ふりがな

お 名 前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_



ご 住 所 \_\_\_\_\_

TEL① \_\_\_\_\_ 生 年 月 日 S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)

TEL② \_\_\_\_\_ 現在の体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ k g

1. 今日は、いつからのどのような症状でこられましたか？

- 発 熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から 最高 \_\_\_\_\_ °C
- 咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から
- 鼻 水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から
- ゼーゼー \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から
- 嘔 吐 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から \_\_\_\_\_ 回
- 下 痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から \_\_\_\_\_ 回
- 腹 痛 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ) から
- ぶつぶつ(発疹) \_\_\_\_\_  ぐったりしている
- かさかさ・ジクジク(湿疹) \_\_\_\_\_  息が苦しそう
- 耳の下の腫れ \_\_\_\_\_
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. その症状で他の病院を受診されましたか？ ( はい ・ いいえ )

どのように診断されましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

3. かかりつけ医がありましたらご記入ください

かかりつけ医 ( \_\_\_\_\_ )

4. 現在、使用している薬がありますか？ ( はい ・ いいえ )

あればすべてご記入ください ( 飲み薬・坐薬・塗り薬・貼り薬・吸入薬 など )  
( \_\_\_\_\_ )

5. お薬について どのようなお薬の形態をご希望ですか？

シロップ 粉薬 錠剤 坐薬

6. 家族・園・学校で流行っている病気はありますか？

( \_\_\_\_\_ )

7. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ( はい ・ いいえ )

あればすべてご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )

8. 今までにかかられた病気をご記入ください

先天性疾患・熱性けいれん・無熱性けいれん・発達異常・川崎病・(その他: \_\_\_\_\_ )

9. 相談したいことがありましたらご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

10. 当院をどこで知りましたか？

インターネット・友人から聞いた・兄弟がかかっている・新聞やチラシなどの広告  
他院からの紹介・その他 ( \_\_\_\_\_ )

