

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 _____
 携帯① _____ 自宅/携帯② _____
 (母・父・他) _____ (母・父・他) _____

生 年 月 日 西 暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

現在の体温 _____ °C 体 重 (1ヶ月以内) _____ k g

1. 今日、いつからのどのような症状でこられましたか？

- | | | | | |
|---|-----------------|---------------|----|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発 熱 | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | 最高 _____ °C |
| <input type="checkbox"/> 咳 | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | |
| <input type="checkbox"/> 鼻 水 | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | |
| <input type="checkbox"/> ゼーゼー | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | |
| <input type="checkbox"/> 嘔 吐 | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | 回 _____ |
| <input type="checkbox"/> 下 痢 | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | 回 _____ |
| <input type="checkbox"/> 腹 痛 | 月 _____ 日 _____ | (朝 ・ 昼 ・ 夜) | から | |
| <input type="checkbox"/> ぶつぶつ (発疹) | | | | <input type="checkbox"/> ぐったりしている |
| <input type="checkbox"/> かさかさ・ジクジク (湿疹) | | | | <input type="checkbox"/> 息が苦しそう |
| <input type="checkbox"/> 耳の下の腫れ | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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. 普段通院されている病院をご記入ください

(_____)

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 (_____)

11. マイナ保険証ご利用の場合、診療情報の取得に同意されましたか？

(は い ・ いいえ)