

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 西暦

年

月

日(

歳

ヶ月)

TEL②

-

-

現在の体温

℃

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 | ℃ |
| ☐ 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 ()