

# 問 診 票

受診日 平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 年 月 日

\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_ ヶ月 性別 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg 最近量っていない場合は計測をお願いします。

☆本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

□発熱 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 午前 午後 \_\_\_\_ 時から 最高 \_\_\_\_ °C 現在の熱 \_\_\_\_ °C

発熱でぐったりしていますか？  はい  いいえ

□咳 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から

コンコン  ゴホゴホ  ゼエゼエ  ケンケン

咳が多くなる時間は？  明け方  日中  夕方  寝る前  夜中  1日中

夜は寝られましたか？  はい  いいえ

□鼻水 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から  水鼻  青鼻  鼻づまり

□痛み \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から

頭  のど  おなか（最後に排便があった日は \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日）

耳の中  耳の下  その他( \_\_\_\_\_ )

□吐き気 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から

□吐く \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 時頃から \_\_\_\_ 回 最後に吐いたのは？ \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 時頃

吐いた物は？  食べたもの  飲んだもの  黄色い水のようなもの

水分はとれますか？  はい(少量でも可)  いいえ

ぐったりしていますか？  はい  いいえ

□下痢 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から

泥状  水様  すっぱいにおいがある  腐ったようなにおい  白色  血液が混じっている

□発疹 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から

頭・顔  首  胸・おなか  手  背中  おしり  足

水ぼうそうにかかった事がありますか？  はい \_\_\_\_ 歳頃  いいえ

□その他の症状 \_\_\_\_\_

・周囲ではやっている病気はありますか？  なし  あり \_\_\_\_\_

・最近、家族で体調の悪い方はいましたか？  いない  いる \_\_\_\_\_

<下記にもご記入をお願いします。ご記入後は受付までお持ちください。>

☆現在、本日の症状または別の症状で他の医療機関を受診していますか？  はい  いいえ

☆現在、薬を飲んでいますか？  はい  いいえ

「はい」とお答えの方は、診察室で医師に**お薬手帳**をみせてください。

☆食べ物や薬のアレルギーはありますか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_

☆お薬について希望はありますか？

シロップ  粉  錠剤

1日2回  1日3回

<住所・電話番号に変更のある方はご記入ください>

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_