

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

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

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 白色

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 _____

<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 _____

<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 _____