

# 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

☆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

(お咳の出る方はマスク着用のご協力をお願いしております。)

マスクができない月齢のお子様の場合は、咳をする時にハンカチ等で口元を押さえてください。)

□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 \_\_\_\_\_

☆水ぼうそう、おたふく風邪の症状がありますか？ □はい □いいえ

☆現在、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。

南大沢メディカルプラザ 小児科

# 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

☆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

(お咳の出る方はマスク着用のご協力をお願いしております。)

マスクができない月齢のお子様の場合は、咳をする時にハンカチ等で口元を押さえてください。)

□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 \_\_\_\_\_

☆水ぼうそう、おたふく風邪の症状がありますか？ □はい □いいえ

☆現在、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。

南大沢メディカルプラザ 小児科