

# 問 診 票

受診日 令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

平成

生年月日 令和 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 \_\_\_\_\_

## ※ここから下の質問は全員お答えください！

・お父さん・お母さんは10日以内に発熱がありましたか？ □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 \_\_\_\_\_

・味覚障害・嗅覚障害はありますか？ □なし □あり \_\_\_\_\_

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

・37.5度以上の熱が2日以上続いていますか？ □いない □いる \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日から

☆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