

問 診 票

お名前 _____ 体重 _____ kg 最近測っていない場合は計測をお願いします。

生年月日 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 _____ ヶ月 性別 男 ・ 女

1.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

□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 _____

☆☆☆ ここから下の質問は全員お答えください ☆☆☆

・37.5度以上の熱が2日以上続いていますか？ □いいえ □はい _____ 月 _____ 日 から

・ご家族や周囲で流行っている病気はありますか？ □なし □あり _____

2.現在、他の医療機関に通院していますか？ □いいえ □はい 医療機関名： _____

治療内容： _____

3.他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ □いいえ □はい

4.今までに、大きな病気や手術をした事がありますか？ □いいえ □はい _____

5.現在、薬を飲んでいますか？ □いいえ □はい

「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。

6.食べ物や薬のアレルギーはありますか？

□いいえ □はい _____

7.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

※ご記入後は受付までお持ちください。

南大沢メディカルプラザ2 小児科