

# 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 \_\_\_\_\_

・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 \_\_\_\_\_