

問診票

ふりがな
患者氏名 _____ (男・女)
年齢 _____ 歳 _____ ケ月 体重 _____ kg 現在の体温 _____ °C

通園・通学していますか：していない・託児所・保育園・幼稚園・小学校・中学校
通園・通学先で流行している病気はありますか：無・有 ()

★あてはまる項目に○印をつけて記入して下さい★

症状	いつから	状況
熱		
咳		乾いた咳・痰がらみの咳・ケンケンする咳 ひどい時間帯(朝・昼・夜・一日中)
ぜーぜー		
鼻水・鼻閉		鼻水(透明・白色・黄色・緑色)
下痢		回数：1日 _____ 回 性状(水様便・泥状便・軟便) 血便(有・無)
嘔吐		回数：今日 _____ 回、昨日 _____ 回 最後に吐いた時間： _____ 時頃
痛み		痛みがある部位：頭・のど・おなか・耳・その他 ()
皮膚症状		発疹・かゆみ・乾燥 部位(全身・顔・体・手足・その他 ())
その他		
前回の続き(定期受診)		症状(良くなっている・変わらない・悪化している) 薬のみ希望

現在の状態

機嫌：良い・まあまあ・悪い・ぐったり
睡眠：十分・まあまあ・時々起きる・寝れない
食事：いつもどおり・いつもの半分ぐらい・少量・全くとれていない(いつから)
水分：とれている・とれていない
現在内服しているお薬：無・有(お薬手帳をお見せ下さい。)
上記の症状で他の医院などで診察を受けましたか：無・有(_____ 月 _____ 日ごろ)
ご本人以外の兄弟やご家族で体調の悪い方はいますか
無・有(誰が _____ どのような症状 _____)

●今までにかかった大きな病気や入院歴、アレルギーの有無をご記入下さい。

ぜんそく けいれん(熱性・無熱性) その他()
アレルギー 無・有()

●薬の希望 粉 シロップ 錠剤

※この問診票は本日の診察を円滑に進める目的以外には使用いたしません。ご記入にご質問がございましたら、お申し出ください。