



問 診 票

● 発疹(ぶつぶつ)や、感染する病気の可能性がある方はスタッフへお申し出ください

ふりがな

お名前

男・女

ID:

ご住所

TEL①

-

-

生年月日

西暦

年

月

日(

歳

ヶ月)

TEL②

-

-

体温(来院時)

℃

体重

kg

1. 今日、いつからのどのような症状でこられましたか？

☐ 発熱 月 日 (朝・昼・夜) から 最高 ℃

☐ 咳 月 日 (朝・昼・夜) から

☐ 鼻水 月 日 (朝・昼・夜) から

☐ ゼーゼー 月 日 (朝・昼・夜) から

☐ 嘔吐 月 日 (朝・昼・夜) から @

☐ 下痢 月 日 (朝・昼・夜) から @

☐ 腹痛 月 日 (朝・昼・夜) から

☐ ぶつぶつ(発疹) ☐ ぐったりしている

☐ かさかさ・ジクジク(湿疹) ☐ 息が苦しそう

☐ 耳の下腫れ

☐ その他 ()

2. その症状で他の病院を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

どのように診断されましたか？ ()

3. かかりつけ医がありましたらご記入ください

かかりつけ医 ()

4. 現在、使用している薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

あればすべてご記入ください (飲み薬・坐薬・塗り薬・貼り薬・吸入薬 など)

()

5. お薬について どのようなお薬の形態をご希望ですか？

シロップ

粉薬

錠剤

坐薬

6. 家族・園・学校で流行っている病気はありますか？

()

7. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ (はい ・ いいえ)

あればすべてご記入ください

()

8. 今までにかかれた病気をご記入ください

先天性疾患・熱性けいれん・無熱性けいれん・発達異常・川崎病・(その他:)

9. 相談したいことがありましたらご記入ください

()

10. 当院をどこで知りましたか？

インターネット・友人からきいた・兄弟がかかっている・新聞やチラシなどの広告

他院からの紹介・その他 ()