

問診票

記入日： 年 月 日

受付番号： _____

ふりがな		男・女	年 月 日生	体重
お名前			歳 か月	K g
住所	〒 _____			
電話番号	ご自宅	携帯		

1.該当症状の箇所に☑と、いつ頃から症状が出たか御記入下さい。

来院時の体温 _____ °C

☐発熱 (/ ~ / 最高 °C)

☐鼻水 (/ ~)

☐腹痛 (/ ~)

☐咳 (/ ~)

☐下痢 (/ ~)

☐咽頭痛 (/ ~)

☐嘔気 (/ ~)

☐頭痛 (/ ~)

☐嘔吐 (/ ~)

☐喘息発作 (/ ~) SpO2 % → % ☐発疹 (/ ~)

* 食欲 ⇒ あり ・ なし ()

* 水分摂取 ⇒ 可 ・ 少し ・ 不可 ()

☐その他 ()

2.同居ご家族で具合の悪い方はいらっしゃいますか？ いない・いる ()

3.周囲で流行している病気はありますか？ ない・ある ()

4.現在内服しているお薬はありますか？ ない・ある
→「ある」とお答えの方はお薬の名前をお書きください ()

5.薬の希望はございますか？ ない・ある → (☐シロップ ☐粉薬 ☐錠剤)

6.お子さまについてお答えください。

(1) 在胎週数(週) (2)出生時体重(g)

(2)けいれんを起こしたことがありますか？ なし・あり

(3) 今までに大きな病気やケガをされたことはありますか？ なし・あり
→「あり」の場合は具体的にお答えください。 ()(4) 食べものやお薬に対するアレルギーはありますか？ なし・あり
→「あり」の場合は具体的にお答えください。 ()7.ご兄弟の人数と年齢を教えてください。 (人)
()才 [男・女] ・ ()才 [男・女] ・ ()才 [男・女]

★ご記入いただきまして、ありがとうございます。ご記入後は受付までお持ちください。

