

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

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)
 腹痛 (/ ~)
- 鼻水 (/ ~)
 下痢 (/ ~)
- 咳 (/ ~)
 嘔気 (/ ~)
- 咽頭痛 (/ ~)
 嘔吐 (/ ~)
- 頭痛 (/ ~)
 発疹 (/ ~)
- 喘息発作 (/ ~) SpO2 % → %

* 食欲 ⇒ あり ・ なし ()

* 水分摂取 ⇒ 可 ・ 少し ・ 不可 ()

 その他 ()
 前回の続き 定期薬希望 検査結果 治癒証明書希望

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)