

問診票

記入日 年 月 日

診察券番号： _____

(ふりがな)

男 ・ 女

歳

か月

氏名 _____

* 体重

kg

症 状	いつから	状 況
熱	・ 今日から () 時頃から ・ 昨日から () 時頃から ・ 月 日 から	(熱の経過をわかる範囲でお書きください。) 一番高い熱はいつ ()、何度でしたか？ (°C) 最後に解熱剤を使ったのはいつですか？ () * 来る前の体温 °C (来院時の体温 °C)
咳	今日 or 昨日から 2-3 日前から () から	乾いた咳・痰がからんだ咳・ガラゴロ・ゼーゼー 咳が目立つのは (朝 ・ 日中 ・ 夜 ・ 寝ている時 ・ 一日中) のどの痛み (あり・なし)
鼻水 鼻づまり	今日 or 昨日から 2-3 日前から () から	
嘔吐	今日 ・ 昨日 ()	() 回 吐いたのは (咳こんで・気持ち悪くて) 最後に吐いたのはいつ？ () 最後に吐いた後、何か飲めましたか？ (はい ・ いいえ)
下痢・便秘 *便あれば受付に お伝え下さい。	今日 ・ 昨日 ()	下痢：1日に () 回 腹痛 (あり・なし) 便秘：() 日に1回 便は (硬い・軟らかい・泥状・水様・血混じり・酸っぱい臭い)
発疹		部位 (全身・頭・顔・おなか・背中・おしり・手・足) かゆみ (あり・なし) 塗っている軟膏 (なし・[])
その他 ()		* 質問したいことがあればご記入ください。

* 今の状態は？

水分・哺乳は (普段通り・少ない)

食事は (普段通り・少なめ・食べられない)

今日おしっこは (出ている・出ていない)

睡眠は (眠れている・[咳・鼻・熱]で眠れない)

* 他の病院でもらっている薬がありますか？ (おくすり手帳あれば受付へご提出ください。)

病院名 []

最終受診日 [/]

薬の名前 []

)

* ご家族や園・学校で流行っている病気はありますか？

家族の誰が？ ()

園/学校名は？ ()

(病名：)

)