

# 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

通っている園・学校名 ( \_\_\_\_\_ )

☆ ご家族や園・学校で流行っている病気はありますか？

家族で(誰が? \_\_\_\_\_ : 病名 \_\_\_\_\_ ) 園/学校で(病名 \_\_\_\_\_ )

症 状	いつから	状 況
熱  *来院時 ( _____ 度)	・今日から ( _____ ) 時頃から ・昨日から AM / PM ( _____ ) 時頃から ・月 日 から	一番高い熱は? (いつ? _____ 日の _____ 時: _____ 何度? _____ 度) 解熱剤を使いましたか?( はい[最終いつ? _____ ]・いいえ ) *熱の経過をわかる範囲でお書きください。  解熱剤の処方をご希望されますか( はい・いいえ )
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) 便は(軟らかい・泥状・水様・血混じり・酸っぱい臭い)
便秘		( _____ ) 日に 1 回
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(〇印を) 耳痛・目やに 頭痛・ ( _____ )		*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[ \_\_\_\_\_ ]