

問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな			
お名前	男 女	年齢	才 ヵ月
現住所	〒	電話番号	- -

体温 _____ °C 体重 _____ kg () 人兄弟・姉妹の () 番目
() 保育園・幼稚園・小学校・中学校・通園していません

① 今日は何の様な症状でご来院されましたか。○で囲んでください。

1. 発熱 (月 日 時頃～) 2. 咳 (月 日～) 3. 鼻水 (月 日～)
 4. ゼーゼー・ヒューヒュー・息苦しい (月 日～) 5. のどの痛み (月 日～)
 6. 頭痛 (月 日～) 7. 腹痛 (月 日～) 8. 嘔気・嘔吐 (月 日～)
 9. 下痢 (月 日～) 10. 血便 (月 日～) 11. 便秘 (月 日～)
 12. 発疹 (月 日～) 13. その他 []

② 食欲はどうですか。 いつも通り 少ない 水分はとれる 水分もとれない

③ 現在飲んでいる薬はありますか。

ない
あ る → 薬品名:

④ 薬の副作用はありますか。

いいえ
は い → どんな症状ですか。()

⑤ アレルギーはありますか。

いいえ
は い → 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー その他 []

⑥ 今までにかかった病気はありますか。

いいえ
は い → 熱性けいれん 熱のないけいれん 肺炎 中耳炎 心臓病 腎臓病 川崎病 貧血
その他 []

⑦ ご家族で病気にかかっている方やかかっていた方はいらっしゃいますか。

いいえ
は い → どんな症状や病気ですか。 []

⑧ お薬の希望 種類 (シロップ・粉・錠剤) 回数 (1日2回・1日3回)

※ 診察前には飲食をしないようにしてください。