問診表

おなまえ： （男・女）	年齢：　　歳 ヶ月	体重：　　kg	熱：　　℃
ご住所：〒 （初診・住所変更のある方のみご記入下さい）		TEL： 生年月日：	
発疹（あり・なし） ※ありの場合（スタッフに声をかけて下さい） →いつからですか		耳の下の痛み（あり・なし） ※ありの場合（スタッフに声をかけて下さい） →いつからですか？：	

【今日はどうなさいましたか？下記の症状に〇をつけて下さい】

発熱（何℃：　　いつから：　　）

頭痛・のどの痛み

せき・ぜん息（眠れている/眠れない）

鼻水・鼻づまり・くしゃみ

腹痛・吐き気

嘔吐（回数　　回／日）→最後に吐いたのはいつ頃ですか？（　　時頃）

下痢（回数　　回／日）

【その他】

お薬の希望があれば〇をしてください

飲み薬は（シロップ　粉薬　錠剤）がいい

解熱剤は（坐薬　粉薬　錠剤）がいい

上記の症状でお薬を飲んだり、他の医療機関にかかりましたか？（はい・いいえ）

病院名

お薬のなまえ（お薬手帳をお持ちの方は、診察時に提示していただければ記載は不要です）

＜初診の方のみ・既往歴＞（なし・あり）

※ありの方は下記に〇や記載をお願いします

心臓疾患（心房中隔欠損症・心室中隔欠損症・その他：　　）

肺疾患（肺炎・気管支炎・気管支喘息・その他：　　）

けいれん疾患（熱性けいれん・てんかん・その他：　　）

その他の疾患：