

問診票（ダウンロード用としてお使いください）

ふりがな お名前	生年月日 年齢 体重	年 月 日 歳 ヶ月 kg	体温 °C
-------------	------------------	---------------------	----------

〒 住所 (初診の方、もしくは変更があった方のみご記入ください)	自宅電話番号()	—
	携帯電話番号()	—

以前にかかった病気があれば○と記入をして下さい（初診の方）

けいれん 尿路感染症 心疾患 気管支喘息 食物アレルギー（種類：)
薬剤アレルギー（種類：) その他 ()

あてはまる症状に○と記入をして下さい

発熱 (月 日 時頃～ °C)→けいれん(有/無) 最高何°Cまであがりましてか? °C 最後に解熱剤を使用した時間は 月 日 時
咳 (月 日～) → (ゼーゼーした呼吸/オットセイの鳴き声のような咳/痰がらみ/空咳)
喘息 (月 日 時頃～)
鼻水 (月 日～)
おう吐 (月 日～)→(1日 回くらい) 最後に吐いた時間(月 日 時頃)
下痢 (月 日～)→(1日 回くらい) 色(黄茶色/白色/血便)
便秘 (月 日最終排便) 普段の便は(日に 回)
痛み (月 日～) 痛いところ(頭/お腹/耳の下/のど/その他)
皮膚 (月 日～) (ブツブツ/乾燥/痒み/その他)→(顔/体/手足/その他)
他院や救急受診をしましたか した→(月 日)(処方されたお薬)
周囲に体調不良の方はいますか? いる→(家族/園/学校)(症状)

あてはまる状態に○をしてください

機嫌・元気(普段どおり/やや悪い/悪い)	水分摂取(普段どおり/やや悪い/悪い)
睡眠(普段どおり/やや悪い/悪い)	食事摂取(普段どおり/やや悪い/悪い)
薬のご希望の形は(粉/シロップ/錠剤)	解熱剤の場合(座薬/粉/シロップ/錠剤)

その他(自由にご記載ください)

--

差支えがなければ来院方法をお教えてください (徒歩・自転車・車・その他)