

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 | （男・女） | 生年月日 | 年 月 日 | 体温 |
| | | 年齢 | 歳 ヶ月 | |
| | | 体重 | kg | °C |

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

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)