

問診票

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日 年齢 体重	年 月 日 歳 ケ月 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() —
--	-------------

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まであがりましたか？ °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○をして下さい

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ください (徒歩・自転車・車・その他)

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ はい いいえ

他の医療機関様からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。