

問診票



ふりがな
氏名： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 _____ カ月
体温： _____ °C 1か月以内の体重： _____ kg (※薬の量が変わりますので出来るだけ正確にご記入下さい)

本日の緊急連絡先 (携帯番号)： _____

本日はどうされましたか？

★診察 (①前回の続き：改善・不変・悪化 ②前回とは別の症状 ③定期受診 ④検査結果説明)
希望 (いつものお薬 ・ お薬変更 ・ 検査 ・ 治癒証明書 ・ 鼻吸引 ・ その他)

どんな症状がありますか？

前回の続きで受診の方

①前回受診後からの症状の経過についてご記入ください。

②その他症状や気になること等をご記入ください。

前回とは別の症状で受診の方 (初めての方)

①症状がある項目全てに○をつけてください。

発熱 (最高： _____ °C) ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 肌のぶつぶつ
嘔吐 (1日 _____ 回程度) ・ 下痢 (1日 _____ 回程度) ・ 腹痛 ・ その他 (_____)

②上記の症状の経過についてご記入ください。

③困っている項目全てに○をつけてください。

ぐったり ・ 食欲がない ・ 水分が摂れない ・ 機嫌が悪い ・ 眠れない ・ その他 (_____)

④周りで流行している感染症などがあればご記入ください。(病名： _____)

当院以外での受診があればご記入ください

①すでに診断を受けている病名はありますか？ (病名： _____ 時期： _____ 頃から)

②他院で処方されているお薬はありますか？ (ある ・ ない)

他に相談したい内容があればご記入ください