

問診表

名前

体重

Kg

1. 今日はどうされましたか？ 症状を○で囲んで下さい。
発熱 咳 ゼーゼー 痰がらみ 頭痛 のどの痛み
鼻汁(色) 腹痛 下痢 嘔吐 発疹
耳痛(右・左・両方) その他()
2. その症状はいつ頃からですか？
月 日から
3. 熱がある場合、熱の経過をご記入下さい。(1日の最高体温)

月	日	度	分		月	日	度	分
月	日	度	分		月	日	度	分
月	日	度	分		月	日	度	分
4. 食欲はどうですか？
いつも通り ・ 少ない ・ 水分はとれる ・ 水分も無理
5. 睡眠はどうですか？
普段通り眠れる ・ 時々起きる ・ 眠れない
6. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？
いいえ ・ はい(病院名)
7. 現在使用しているお薬はありますか？
いいえ ・ はい(薬品名)
※お薬手帳があれば薬品名の記入は不要です。
8. 家庭や園・学校で流行している病気はありますか？
いいえ ・ はい(病名)
9. 内服薬は下記のどれを希望されますか？
粉 ・ シロップ ・ 錠剤

☆ 変更がある場合のみ(前回受診から)、記入をお願いします

住所

電話番号