

# 問診表

ふりがな

名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (父・母・その他)

集団生活:なし・あり(園名・学校名 \_\_\_\_\_ ) 体重 \_\_\_\_\_ Kg

今までに大きな病気(手術・入院・熱性けいれんなど)をしたことがありますか？

なし・あり(病名 \_\_\_\_\_ 年令 \_\_\_\_\_ )

薬を飲んで何らかの症状が出たことがありますか？

なし・あり(薬品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )

食物アレルギーはありますか？

なし・あり(食品名 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_ )

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

10. 医療費明細書(診療内容が記載されたもので確定申告には必要ありません)の発行を希望されますか？

いいえ ・ はい