

問診票 今日はどうされましたか？ _____ 月 _____ 日

(ふりがな)

お名前

男
女

年齢 _____ 歳 _____ ヶ月 体重 _____ kg

現在の体温 _____ °C

☆症状 ・定期受診(_____) ・前回の続き: _____ 月 _____ 日(前回受診日)

・熱(_____ 月 _____ 日 _____ 時~)

--

詳しく熱の経過をお書き下さい➡

- ・咳(_____ 月 _____ 日~)
- ・痰(_____ 月 _____ 日~)
- ・鼻水(_____ 月 _____ 日~)
- ・咽頭痛(_____ 月 _____ 日~)
- ・喘息(_____ 月 _____ 日~)
- ・嘔気(_____ 月 _____ 日~)
- ・嘔吐(_____ 月 _____ 日~)
- ・下痢(_____ 月 _____ 日~)
- ・腹痛(_____ 月 _____ 日~)
- ・頭痛(_____ 月 _____ 日~)
- ・目脂(_____ 月 _____ 日~)

・皮疹(_____ 月 _____ 日~ 部位: _____)

・隔離が必要な病気 水ぼうそう・おたふくの疑い・他(_____)

・その他

--

☆健康状態について

① 今までで何か病気や入院をされたことはありますか？ ない ある

(例:60歳肺癌 _____)

② 現在治療中の病気はありますか？ ない ある

・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・心臓の病気 ・緑内障 ・他(_____)

③ 現在内服中のお薬はありますか？ ない ある 診察医にお薬手帳もお出し下さい

(内容: _____)

④ 周りで流行している病気はありますか？ ない ある

(例:学校でインフルエンザ _____)

☆お薬のアレルギーはありますか？ ない ある(_____)

☆飲むお薬の種類 シロップ・粉・錠剤・漢方

☆熱性痙攣の既往はありますか？ いいえ はい(最終痙攣: _____ 歳 _____ ヶ月)

☆必要な書類はありますか？ 治癒証明書 診断書 他(_____) 所定用紙有・無

☆女性の方へ 授乳中ですか？ いいえ はい

妊娠していますか？ いいえ はい(妊娠 _____ 週) 出産予定日(_____ 年 _____ 月 _____ 日)